FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912-13

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

151

Paranoia & Psychose Périodique

ESSAI HISTORIQUE, CLINIQUE, NOSOGRAPHIQUE, MÉDICO-LÉGAL

PAR

AUGUSTE-CHARLES-RENÉ BESSIÈRE

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

INTERNE DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Né à Evreux, le 19 Août 1886.

Président : M. GILBERT-BALLET, *Professeur*

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, Rue Monsieur-le-Prince, 19

1913

151

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DU MÊME AUTEUR

Un cas de Maladie de Dercum (en collaboration avec M. TRUELLE) *Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, 27 avril 1911, p. 152-157.

Recherches sur la Presbyophrénie (en collaboration avec M. TRUELLE). *L'Encéphale*. 10 juin 1911, p. 505-521.

Analyses et Compte Rendu du Congrès de Tunis. *Revue de Psychiatrie*, avril 1912.

Guérison tardive d'une Psychose alcoolique (en collaboration avec M. VALLON). Communication à la Société de Psychiatrie. *L'Encéphale*, 10 avril 1912, p. 376-380.

Pour paraître prochainement :

LES TOXICOMANES. — *Cocaïne, chloral, véronal, éther, opium, morphine, héroïne, haschich, tabac*, etc. (en collaboration avec M. VALLON). 4 volumes de 200 pages environ.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912-13

—

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Paranoia & Psychose Périodique

ESSAI HISTORIQUE, CLINIQUE, NOSOGRAPHIQUE, MÉDICO-LÉGAL

PAR

AUGUSTE-CHARLES-RENÉ BESSIÈRE

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

INTERNE DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Né à Evreux, le 19 Août 1886.

Président : M. GILBERT-BALLET, *Professeur*

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, Rue Monsieur-le-Prince, 19

—

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	CHAUFFARD GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GUÉNIOT	LŒPER	RICHAUD
BROCA André	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBÉ Marcel	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LECÈNE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE		OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR PIERRE BESSIÈRE

Médecin-Major de l'armée

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE

LE DOCTEUR CHARLES BESSIÈRE

Médecin-Directeur de l'asile d'aliénés d'Evreux

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS — A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GILBERT-BALLET

Professeur de clinique des maladies mentales et de l'Encéphale
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux et de l'Asile clinique
Chevalier de la Légion d'honneur

PARANOIA & PSYCHOSE PÉRIODIQUE

INTRODUCTION

Mon père, qui fut mon premier maître en psychiatrie, m'a suggéré l'idée de cette thèse. Au cours de sa carrière d'aliéniste, il lui avait été donné d'observer des malades qui se présentaient comme des persécutés à réactions expansives ou dépressives, et pour lesquels il portait un pronostic de chronicité. Or ces malades, après un séjour à l'asile, de durée variable, guérissaient, rectifiaient leurs idées délirantes et reprenaient leur existence antérieure. Puis quelque temps après, six mois, un an, ou dix ans, il les voyait revenir à l'asile, tantôt encore persécutés, parfois maniaques ou mélancoliques. Mon père me conseilla d'étudier ces cas.

Je fis des recherches bibliographiques qui me firent connaître différents travaux, notamment la thèse de Dubourdieu sur les délires de persécution symptomatiques de psychose périodique et le récent article de M. Masselon sur les psychoses associées.

Dès lors mon sujet se précisa. Les observations que j'avais s'éclairèrent.

Dubourdieu rapportait des cas de délires de persécution périodiques, hallucinatoires ou non. Ce sujet me semblait trop vaste, trop compréhensif et je résolus de m'en tenir à l'étude des cas de délire de persécution, non hallucinatoire, basé sur des interprétations délirantes qui guérissent mais récidivent, les périodes d'accès étant séparées par un intervalle lucide.

Voici quel a été le plan de ce travail :

J'ai d'abord recherché dans la littérature les cas analogues, mais étiquetés sous des rubriques diverses suivant les époques et les doctrines. Pour la commodité de l'exposition j'étudierai séparément la littérature allemande et française.

En Allemagne, les cas semblables à ceux que je rapporte se retrouvent surtout dans les paranoias aiguës et périodiques; j'ai été ainsi amené à retracer les grandes lignes de l'histoire de la paranoia.

En France, ce sont surtout les délires des dégénérés de M. Magnan qui englobent les cas que j'étudie. Après un court exposé de la doctrine de M. Magnan, j'ai cité ensuite, par ordre chronologique, les divers travaux où l'on peut retrouver des observations analogues pour arriver enfin aux travaux d'Anglade et de son élève Dubourdieu qui, le premier, décrivit ces cas comme des équivalents de la psychose périodique.

Ces quelques explications étaient peut-être nécessaires pour justifier les raisons qui m'ont guidé dans la rédaction de ce chapitre historique.

Dans un second chapitre je rapporte 14 observations. Quelques-unes, inédites, ont été recueillies et suivies par mon père, mais j'ai pu observer moi-même plusieurs de ces malades, au cours de mes fréquents voyages à Evreux. Les autres, que j'ai choisies parmi les plus typiques, sont empruntées à divers auteurs,

notamment à Dubourdieu. Chacune de mes observations est suivie d'un résumé où je me suis efforcé de mettre en valeur les faits saillants qui permettront la discussion au point de vue nosographique.

Ce troisième chapitre de nosographie est le plus important de ce travail ; j'y ai rapporté longuement les diverses conceptions modernes, qui sont exposées dans divers périodiques étrangers, et dont je n'ai retrouvé dans les journaux français que de courtes analyses. C'est ainsi qu'il m'a parut intéressant d'exposer en détail la théorie de Specht dont on ne connaît guère que les conclusions. A défaut d'autre mérite, ce chapitre pourra servir en tous cas de base à des recherches ultérieures.

J'ai consacré quelques pages à la médecine légale à propos de deux observations qui m'ont paru démonstratives à divers titres

Enfin, dans une conclusion assez étendue, je me suis efforcé de dégager les éléments qui m'ont semblé importants.

En résumé : apporter quelques observations, exposer avec impartialité les différentes interprétations que l'on peut en donner, tout en ne cachant pas où vont mes préférences : tel a été le but de ce modeste travail.

La solution du problème n'est pas définitive, la discussion reste ouverte. La psychiatrie n'est pas une science faite, c'est une science en formation. L'avenir seul décidera quels éléments persisteront de l'embryon primitif.

***

Avant d'aller plus loin, je dois au lecteur une définition des termes du titre que j'ai donné à cette étude.

Bien des confusions en effet, bien des divergences d'opinion résultent uniquement de l'absence d'unité terminologique.

J'emploie le mot de *Paranoia* au sens de constitution paranoiaque « ce fond maladif de la sensibilité et de l'intelligence qui préexiste aux conceptions délirantes et leur donne naissance » (Falret), comme l'ont décrite Sérieux et Capgras. Cette constitution paranoiaque est caractérisée par des lacunes intellectuelles et des anomalies affectives.

Au point de vue intellectuel, il existe chez ces sujets « une diminution de l'auto-critique, une paralogique circonscrite qui contraste avec la conservation de la logique formelle. Qu'une représentation soit accompagnée d'un ton émotif plus ou moins intense, elle est acceptée sans contrôle. Ces esprits faux, ces logiciens dévoyés raisonnent sans avoir conscience de leurs sophismes ». Arnaud considère comme fondamentale chez ces malades « cette tendance extrêmement marquée à transformer et à grossir des faits évidemment insignifiants, à y voir des allusions préparées. »

Au point de vue affectif, le paranoiaque est émotif, d'une susceptibilité ombrageuse, soupçonneux, rêveur à l'imagination fantasque ». Le caractère égocentrique, l'hypertrophie du moi sont le fond de sa mentalité. « A l'entendre personne ne saurait l'égaler ; s'il n'est pas apprécié selon son mérite, c'est par jalousie ou par malveillance. Ainsi se développe la tendance à dénaturer les faits contraires à la haute opinion qu'il a de sa personne ». En un mot ses deux caractéristiques sont la Méfiance et l'Orgueil.

« Ce prédisposé reste normal (en apparence) ou mieux en état d'équilibre instable tant qu'un élément affectif plus ou moins intense n'intervient pas. Sa

susceptibilité, sa méfiance, ses tendances à la jalousie, ses rêves de grandeur, sont tenus en brides, mais qu'un état passionnel ou émotif survienne et le champ reste libre aux aptitudes délirantes » (Sérieux et Capgras).

Le délire d'interprétation est le plus complet épanouissement de ces tendances paranoiaques.

Quant à la *Psychose périodique*, je la définis une « psychose constitutionnelle, caractérisée par la répétition, l'alternance, la juxtaposition ou la coexistence d'états d'excitation et de dépression » (Deny et Camus).

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

A. — En France

De nombreuses recherches modernes nous ont montré d'une façon péremptoire que la psychiatrie a intéressé les savants de toutes les époques. Il ne nous est plus permis de penser que les premiers aliénistes furent Pinel et Esquirol.

Dans cet historique, néanmoins, nous ne remonterons pas plus avant qu'Esquirol.

Esquirol (1) comprend tous les états délirants dans son chapitre de la monomanie intellectuelle, et il subdivise cette monomanie en deux formes : l'une dépressive, triste : la lypémanie ; l'autre expansive, gaie : la monomanie proprement dite.

En 1852 Lasègue (2) isole des monomanies le « délire des persécutions », et sait élever ce type morbide nouveau à la hauteur d'une entité pathologique.

(1) Esquirol. *Des Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal.* Paris, 1838.

(2) Lasègue. Du délire des persécutions. *Arch. générales de médecine*, février 1852.

Dans ce travail, Lasègue assigne à la maladie une marche en deux étapes. Une première période d'incubation, d'une durée variable suivant les sujets, est caractérisée par un malaise vague et indéfini, très absorbant et très angoissant ; le malade se croit la victime d'actes hostiles dont il ne peut encore définir l'origine. Dans la seconde période, ou période d'état, le délire s'installe et se systématise, le malade désigne ses persécuteurs. Le symptôme le plus saillant de cette seconde phase consiste dans les hallucinations de l'ouïe, qui manquent rarement et qui servent de base à tout l'édifice délirant.

La nouvelle entité morbide fut consacrée par les travaux des deux Falret, de Foville, de Legrand du Saulle, etc.

Le résultat de ces travaux fut qu'on sépara d'une façon très tranchée, d'une part les états délirants, d'autre part les états d'excitation, ou de dépression (folie à double forme de Baillarger, 1854). De plus, tous les délires, quelle qu'en soit la genèse, le degré de systématisation et même d'évolution, se trouvaient confondus.

Les seules subdivisions qu'on y admettait se basaient sur l'aspect du délire, et on décrivait un délire de persécution, un délire de grandeur, un délire mystique, etc.

En 1860, dans son traité, Morel (1) faisait rentrer les délires de persécution, de grandeur, hypochondriaque, dans la folie hypochondriaque.

Mais, il nous faut arriver à M. Magnan pour trouver

(1) Morel. *Traité des maladies mentales*, Paris, 1860.

une classification un peu plus claire. Dès 1882 il classait ainsi les folies proprement dites :

Manie simple.

Mélancolie simple.

Folies intermittentes.

Délire chronique.

Folie des dégénérés, avec les symptômes épisodiques et les délires d'emblée.

Les états délirants étaient ainsi rangés sous deux rubriques :

1° Le délire chronique, se développant chez des sujets vierges de tares héréditaires, et évoluant d'une façon progressive en quatre périodes bien délimitées : 1) une période d'incubation ; 2) une période de persécution ; 3) une période d'idées ambitieuses ; enfin 4) une période de démence.

2° Les délires des dégénérés présentant une évolution irrégulière, capricieuse, et apparaissant brusquement sans phase d'incubation.

Quelques citations empruntées aux œuvres de M. Magnan (1) démontreront que ce clinicien avait vu les états qui nous occupent. La théorie de M. Magnan est bien connue et nous aurions pu peut-être nous dispenser d'y insister. Néanmoins nous croyons devoir, dans ce travail d'ensemble, lui faire une place importante :

« Grâce à la déséquilibration de leur esprit, écrit M. Magnan, les dégénérés inclinent tout naturellement au délire. Leurs centres corticaux, si éminemment irritables, exagèrent toutes les impressions qu'ils reçoivent et comme en raison de la désunion de leurs états de conscience, de la difficulté ou de l'incohérence de leurs associations psychiques, les réducteurs secondaires

(1) Magnan. Œuvres diverses, et notamment : Les délires systématisés des dégénérés. *Archives de neurologie*, 1894.

de l'image leur font défaut ou sont trop faibles, l'illusion peut, à chaque instant, naître et grandir sans être arrêtée et réduite — une faible excitation — inappréciable souvent — suffira donc à provoquer en eux la subite éclosion d'une idée fausse. Et cette idée grandissant dans une quasi solitude, se projettera sur le fond de la conscience avec une si vive clarté, qu'elle en pourra devenir aussitôt la représentation maîtresse et directrice.

» Cette déséquilibration mentale, en vertu de laquelle tout état affectif ou intellectuel peut devenir le point de départ d'illusions nombreuses et d'interprétations maladives, explique bien à la fois la fécondité délirante des dégénérés et la diversité des formes psychopathiques qu'ils offrent à étudier. Par là même, ces formes échappent à l'essai d'une classification et d'une description morcelées ; elles représentent l'épanouissement en tous sens d'une base unique.

...» Cependant, cette déséquilibration de l'esprit établit elle-même deux classes naturelles, suivant que les délires demeurent cantonnés dans le domaine intellectuel, que les centres sensoriels restent muets et comme isolés, ou qu'au contraire ces centres expulsent leurs images au profit du délire. »

On peut donc étudier :

1° Les délires intellectuels des dégénérés ;

2° Leurs délires psycho-sensoriels.

Nous ne rapporterons maintenant que quelques passages relatifs aux délires intellectuels.

» Dans ces formes, le système vésanique semble uniquement reposer sur un échafaudage d'illusions et d'interprétations délirantes, et cependant des hallucinations peuvent apparaître, incidentes, il est vrai, et accessoires, mais n'en créant pas moins une difficulté momentanée pour le diagnostic...

» Dans bien des cas le délire s'élève sur un terrain où il était pour ainsi dire préformé : il succède à des tendances maladives, plus spécialement orientées vers telle ou telle forme vésanique. Celui-ci a été, par exemple, de tout temps un mécontent, toujours prêt à voir de secrètes menées au-dessous des faits les plus vulgaires ; qu'advienne un coup du sort, et un délire de persécution systématisé apparaîtra...

» La marche des délires systématisés des dégénérés est soumise à bien des incertitudes, elle n'est jamais régulière et méthodique. En thèse générale, on peut dire que la curabilité est possible,.. et l'on est parfois surpris, au bout de plusieurs années, de voir guérir tel délire de persécution, tel délire ambitieux, qu'on aurait pu juger incurable...

» Quand on parle de curabilité dans la dégénérescence mentale, il ne saurait être question que de guérison relative. Un délire disparaît mais le fond reste d'où il est sorti...

» Dans le cas même où le délire disparaît complètement, où le malade reconnaît lui-même la complète inanité de ses constructions maladives, ce dégénéré pourra délirer encore, *de multiples accès peuvent le frapper.* »

A propos des folies intermittentes qui, selon M. Magnan, doivent être séparées des délires des dégénérés, relevons ce passage :

« Les accès de folie intermittente se traduisent ordinairement par des phases mélancoliques ou maniaques, par des délires le plus souvent diffus. Dans des cas plus rares, ces accès sont constitués par de véritables délires systématisés (ambitieux, mystiques, de *persécution*), mais courts et limités à un petit nombre d'idées. »

En 1886, Legrain (1) étudiant les délires des dégénérés, n'hésite pas à y faire entrer les folies intermittentes. Voici comment il s'exprime :

« La nature des folies intermittentes divise les auteurs qui les considèrent généralement comme des types bien définis de vésanies, comme des entités. Si l'on se reporte à ce que nous avons dit du délire des dégénérés, il est facile de voir qu'à chaque pas, nous notons les intermittences. Celles-ci se manifestent de mille manières. Quel que soit l'aspect sous lequel elles se présentent, il est juste, croyons-nous, de les considérer comme un caractère des vésanies greffées sur l'état mental des dégénérés. Par le fait même de la prédisposition, le dégénéré est toujours prêt à délirer. Nous avons déjà noté, pour le délire d'emblée, que s'il guérissait la plupart du temps, il reparaissait parfois à différentes reprises dans la vie du malade ; les différents accès sont séparés par une période de retour complet à la santé. Quelquefois, il n'y a qu'une accalmie passagère, une sorte de début de convalescence, lorsque le délire reprend son intensité première ; c'est la forme rémittente. Cette réapparition du délire témoigne bien hautement de la propension continuelle que possèdent les malades à présenter des troubles psychiques. Il en est encore de même pour les folies à évolution chronique ; les intermittences ont la même valeur séméiologique que pour les délires d'emblée.

» La description clinique des délires intermittents est variée à l'infini. Assez habituellement on désigne sous le nom de folies intermittentes des accès de délire revenant plusieurs fois dans la vie, à intervalles réguliers ou irréguliers, mais présentant ordinairement le même type. Les types décrits sont les accès de manie

(1) Legrain. Du délire chez les dégénérés. *Thèse de Paris*, 1886.

et les accès de mélancolie. Parfois on note une alternance entre les types des accès ; ces alternances sont encore très irrégulières. Mais il n'y a, à vrai dire, qu'une analogie de forme entre ces folies intermittentes et celles que nous étudions dans ce travail. La forme importe peu ; ce qui importe, c'est précisément le caractère intermittent qui est capital et qui est justiciable dans les deux cas de la même interprétation : il s'agit toujours de malades prédisposés.

» Si l'on admet comme nous que la prédisposition est à la base de toutes les folies intermittentes, il faudra étendre le cadre de ces dernières et y faire rentrer tous les délires périodiques survenant chez les dégénérés. Il n'en est pas moins vrai que les folies intermittentes décrites jusqu'à présent ont un aspect clinique assez bien défini, par exemple les folies circulaires, les folies alternes, les folies à double forme ; mais nous n'hésitons pas néanmoins à les ranger dans la catégorie des folies des dégénérés. » Legrain fait ensuite allusion à quelques observations qui lui paraissent particulièrement démonstratives : « Dans l'observation XLVIII, nous notons un premier accès maniaque qui guérit complètement, puis un peu plus tard, un autre accès de délire avec idées de persécution et idées mystiques, qui guérit encore très rapidement. Dans l'observation suivante XLIX, nous remarquons un premier accès mélancolique en 1871, puis en 1884, un accès de délire ambitieux, avec idées de persécution et idées érotiques. L'observation L nous montre un accès maniaque en 1879, un accès mélancolique avec idées de persécution en 1882, un autre du même genre en 1883, un accès de mélancolie avec idées de persécution en 1885, enfin, dans la même année, un autre accès semblable au précédent.

...» Ces quelques exemples résument en peu de mots la marche réelle d'un très grand nombre de délires chez certains dégénérés. Toute la vie de ces derniers est parsemée d'incidents morbides, dont chacun pris à part peut présenter une physionomie spéciale. Si l'on ne voit le malade qu'une fois, au moment d'un accès, il est impossible de diagnostiquer ou de prédire la forme de la maladie. Si l'on assiste à un cinquième accès, par exemple, et que l'on soit privé de renseignements sur les antécédents personnels du malade, le diagnostic de la forme intermittente est encore impossible par la seule observation de l'accès. »

Avant d'aller plus loin citons la tentative de Taguet (1), qui décrit le « délire intermittent. »

« Le délire intermittent essentiel est une affection chronique, héréditaire, à marche identique chez le même individu, quel que soit le nombre des crises, caractérisé plus spécialement par une surexcitation passagère de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté, que précède un état de tristesse insolite et que suit une période de calme pendant laquelle le malade recouvre toute l'intégrité de ses facultés physiques et intellectuelles, autant qu'elle peut l'être lorsque le cerveau a été hanté une fois par le délire. »

Taguet essaie de différencier sa maladie de la manie, en se basant sur le début qui est plus brusque dans le délire intermittent. Mais il avoue : « Une fois constitué le délire intermittent offre tous les symptômes généraux de l'excitation maniaque » ; il signale la coexistence des idées de persécution et des idées de grandeur.

(1) Taguet. Du délire intermittent. *Ann. Médico-Psych.*, 1882, p. 209.

En 1887, Charpentier (1) fait une communication à la Société Médico-Psychologique, sur les « Idées morbides de persécution ».

Dans cette communication, Charpentier divise les persécutés en neuf groupes :

1er *groupe.* — Idées morbides de persécution pouvant aller jusqu'au délire, d'origine traumatique ou chirurgicale.

2e *groupe.* — Idées de persécution pendant et après les maladies aiguës.

3e *groupe.* — Persécutés à idées délirantes empruntées à des rêves.

4e *groupe.* — Idées de persécution dont la manifestation délirante simule l'ivresse. Les fausses ivresses.

5e *groupe.* — Les mélancoliques anxieux qui deviennent persécutés. Les auto-persécuteurs.

6e *groupe.* — Persécutés congestifs, pléthoriques, à tempérament sanguin.

7e *groupe.* — Persécutés arthritiques à forme mélancolique, torpide.

8e *groupe.* — Persécutés avec hallucinations et délire systématisé. 1re *variété* : Persécutés sensoriels ; 2e *variété* : Persécutés psychiques; 3e *variété* : Persécutés psycho-sensoriels.

9e *groupe.* — Persécutés qui aboutissent à la mégalomanie ; persécutés à variété chronique.

Dans les persécutés du sixième groupe, nous retrouvons les malades qui nous occupent. En effet ce sont, même avant l'apparition des idées morbides, « des colériques, violents, emportés, en tous cas expansifs ; ils sont souvent francs, généreux, grands parleurs

(1) Charpentier. *Annales médico-psychologiques*, 1888. I, p. 84.

et vantards, ordinairement très émotifs... très travailleurs ou du moins très remuants.

» L'explosion subite de leur délire, sa marche anormale, ses poussées irrégulières peuvent le faire confondre soit avec un délire des dégénérés soit avec un délire intermittent...

» Un matin nous les trouvons turbulents alors que depuis un certain temps, leur air enjoué, un visage plus calme, un teint moins coloré, un mépris pour leurs idées délirantes nous faisaient espérer ; et alors c'est un assaut de plaintes, de mots à double entente, de métaphores puis de menaces. Les hallucinations sont rares. »

A chaque accès, «les idées délirantes reviennent les mêmes, avec leur même cachet, *parfois avec une idée nouvelle issue d'un événement ou d'une lecture des jours précédents*... Les jeux de mots par consonnance vicieuse, résultant des troubles de l'association ne sont pas rares chez eux...

» Nous croyons que beaucoup de cas de manie doivent se rapporter à ces persécutés congestifs. »

En 1890, H. Dagonet (1) publie une étude sur le délire de persécution et à propos de l'évolution de ce délire s'exprime ainsi :

« Dans quelques cas le délire existe sous une forme intermittente. Les faits d'intermittence sont exceptionnels. » Plus loin, parlant des rapports de la manie avec le délire de persécution, il écrit :

« Le délire de persécution accompagne, dans quelques cas, de véritables accès maniaques. On observe alors les symptômes habituels de l'excitation maniaque,

(1) H. Dagonet. Etude clinique sur le délire de persécution. *Ann. Méd. Psych.*, 1890, p. 190.

l'incohérence, l'agitation, les actes de violence, la physionomie si caractéristique du maniaque, les yeux brillants, menaçants, les traits mobiles, et au milieu de ce désordre, on remarque les idées prédominantes de persécution plus ou moins accentuées.

» Quelques malades ont des accès absolument transitoires de courte durée, mais qui reviennent sous l'influence des moindres contrariétés et se passent rapidement sous l'influence du calme et de l'isolement. »

H. Dagonet rapporte ensuite l'observation suivante:

« F... est atteint d'accès d'excitation maniaque qui le prennent de temps à autre ; il a été traité à plusieurs reprises dans les asiles. Il est cocher et il se plaint de sentir une odeur de cheval ; on le fatigue, on le bouleverse, le médecin et le pharmacien lui en veulent, cherchent à l'empoisonner ; tendances impulsives ; pousse à certains moments des cris bizarres, prétend qu'on le force à imiter le cri des chevaux, on met de l'eau de Sedlitz dans ses pommes de terre ; mobilité dans les idées, veut quitter son métier de cocher pour apprendre le violon et aller chanter dans les rues. »

En 1891, Rosenbach (1) décrit, sous le nom de « folie aiguë », des états dans lesquels prédominent les idées délirantes de persécution ou de mysticisme, avec réaction soit maniaque, soit mélancolique, soit alternativement l'une et l'autre, et s'accompagnent fréquemment d'un certain degré de confusion dans les idées. Il rapporte 7 observations et remarque que l'une d'elles a « le caractère véritable d'une psychose périodique ».

(1) Rosenbach. Contribution à l'étude de quelques formes aiguës d'aliénation mentale et de leurs rapports avec la paranoia. *Ann. Médic. Psych.*, 1891, pp. 11 et 193.

En 1894, Dagonet (1), imprégné des idées de Schüle, décrit, à côté du délire systématisé chronique, un délire systématisé aigu dans la genèse duquel les hallucinations jouent un rôle considérable : « Ces délires systématisés sont caractérisés par une marche aiguë ou subaiguë, par des hallucinations, par une obnubilation plus ou moins marquée des facultés intellectuelles ; l'humeur est essentiellement variable ou quelquefois persistante, elle dépend de la nature des hallucinations, ou bien, c'est une indifférence absolue. La conduite du malade est dictée par des hallucinations, c'est une réaction psychique (type mélancolique) ou bien les actes moteurs sont en conséquence directe de l'excitation cérébrale et de l'épuisement nerveux (type maniaque et stupide). »

Dans l'important mémoire de Taty et Toy (2) (1897) sur les variétés cliniques du délire de persécution, on ne trouve que deux lignes où il soit question des formes aiguës : « L'une des plus curieuses (variétés de délire) est celle qui se traduit par des séjours successifs dans les asiles. »

Cependant, on commençait à démembrer les délires des dégénérés et à en séparer toute une série d'entités cliniques. C'est à cette époque que Chaslin décrivait la confusion mentale primitive, Séglas introduisait en France la notion allemande des paranoias aiguës. Nous étudierons plus loin cette question.

Séglas(3), dans ses *Leçons cliniques*, Gilbert-Ballet,

(1) Dagonet. *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, Nouvelle édition, 1894.

(2) Taty et Toy. Des variétés cliniques du délire de persécution, *An. Méd. Psych.* 1897. I, p. 21.

(3) Séglas. *Leçons cliniques*, Paris, 1895.

Arnaud, étudiaient les persécutés mélancoliques.

Lalanne(1), en 1897, faisait, dans sa thèse inspirée par Régis, une excellente étude d'ensemble de ces cas.

Lalanne divisait les persécutés mélancoliques en plusieurs groupes.

1° Délire de persécution et de mélancolie se succédant, mais ne se combinant pas.

2° Etats mixtes chez des malades d'abord persécutés et devenant ultérieurement persécutés mélancoliques.

3° Etats mixtes chez des malades d'abord mélancoliques et devenant ultérieurement persécutés.

4° Délires mixtes d'emblée.

5° Délires mixtes avec prédominance d'idées hypochondriaques.

6° Délires mixtes chez des persécutés persécuteurs.

« Au fond, toutes ces divisions se ramènent à deux, celle dans laquelle les malades, quelle que soit la couleur de leur délire, sont plus mélancoliques que persécutés, celle dans laquelle les malades sont plus persécutés que mélancoliques ».

Au point de vue du pronostic : « les lois générales se font ici sentir, d'autant mieux que nos malades sont le plus souvent des héréditaires et, par suite de cette tare originelle, particulièrement prédisposés à rechuter. »

Citons encore, à propos des rapports de la mélancolie et des idées de persécution, le travail de Vallon et Marie (2), sur *Le Délire mélancolique* (1897).

(1) Lalanne. Les persécutés mélancoliques. *Thèse Bordeaux*, 1896-1897.

(2) Vallon et Marie. Le délire mélancolique. *Congrès de Toulouse*, 1897.

Quant aux rapports de la manie et du délire de persécution, il nous faut arriver en 1899 pour les trouver signalés par Anglade (1), dans son remarquable rapport sur les délires systématisés secondaires, présenté au Congrès de Marseille. Nous y relevons le passage suivant :

« On s'étonne, *a priori*, que la manie, essentiellement caractérisée par l'incohérence des idées et le désordre des actes, puisse être le point de départ d'un délire systématisé secondaire. Le fait n'est pas contestable cependant. *Une idée délirante peut s'organiser même au cours d'un accès de manie. Les faits cliniques bien observés prouvent qu'une phase maniaque de folie circulaire peut être exclusivement représentée par des idées délirantes systématisées de persécution* ».

En 1909, Serieux et Capgras (2), dans leur livre sur le délire d'interprétation, signalent aussi l'existence d'idées de persécution au cours des accès de la folie intermittente :

« Les interprétations délirantes plus ou moins coordonnées, disent-ils, se développent parfois à l'exclusion de tout trouble sensoriel, pendant les accès de folie intermittente. Dans la phase maniaque, elles peuvent jouer un rôle tellement prépondérant que le malade risque d'être pris pour un interprétateur chez lequel survient un épisode d'excitation. L'erreur sera rectifiée par l'*anamnèse* et l'évolution.

» Le délire mélancolique repose essentiellement sur des interprétations et des illusions ; les hallucinations rares, ne jouent qu'un rôle secondaire...

(1) Anglade. Les délires systématisés secondaires. *Congrès de Marseille*, 1899.

(2) Sérieux et Capgras. *Le délire d'interprétation*, Alcan, 1909.

» Ces interprétations sont, dans ces cas, sous la dépendance de l'état émotionnel qu'elles contribuent à exalter. « Par une logique inconsciente, par un besoin d'équilibre inhérent à tout esprit humain, le mélancolique cherche dans l'avenir et le passé les causes qui pourraient justifier sa dépression » (Dumas).

» Survenant par bouffées au moment des crises d'anxiété, les interprétations suivent une marche parallèle à celle du trouble affectif fondamental, s'apaisent avec lui, sont rectifiées temporairement dans les intervalles de calme et définitivement à la guérison. Elles ne se prêtent à aucune discussion et enlèvent même au sujet, au moment de leur plein épanouissement, une grande partie de sa lucidité. »

La même année, Dubourdieu (1), dans une thèse inspirée par Anglade, étudie : « Les délires de persécution symptomatiques de psychose périodique. »

Voici ses conclusions :

1° A côté de la forme chronique et progressive du délire de persécution, telle que la décrivent tous les auteurs et qui n'est pas la plus commune, on rencontre une foule de variétés du délire de persécution, qui n'adoptent ni l'allure, ni l'évolution, ni les réactions de la psychose systématisée progressive.

2° Il existe des délires de persécution qui se montrent à l'occasion d'accès de psychose périodique ; ils méritent d'être retranchés du chapitre de la folie des dégénérés pour rentrer dans celui de la folie intermittente.

3° Les idées délirantes de persécution sont parfois à peine ébauchées dans les accès maniaques ou mélan-

(1) Dubourdieu. Les délires de persécutions symptomatique de psychose périodique. *Thèse Bordeaux*, 1909.

coliques ; mais il arrive souvent qu'elles se montrent avec une importance et un degré de systématisation tels que la confusion avec les principales formes du délire chronique est possible.

4° Le cycle évolutif d'une folie intermittente peut, chez le même malade, être formé par un mélange d'accès de manie, d'accès de mélancolie et d'accès délirants.

5° Le diagnostic de ces accès délirants se base sur la brusquerie du début, sur la systématisation souvent incomplète, mais rapidement obtenue, sur les phénomènes d'excitation maniaque ou de dépression mélancolique concomitants, sur l'existence d'accès antérieurs.

6° La connaissance de ces formes morbides permet de formuler un pronostic ; c'est celui de la folie intermittente, bon quant à l'accès, mauvais quant à la rechute.

7° Le traitement moral, inutile, quelquefois même nuisible dans le délire chronique de persécution, joue dans ces cas, un rôle important en facilitant aux malades la correction de leurs interprétations fausses.

En 1910, Nouet et Trepsat (1) rapportent trois cas de psychose maniaque dépressive et font remarquer que chez leurs malades, les idées délirantes de persécution jouent un rôle prépondérant. « Cet élément est si important chez deux de nos malades, qu'il pourrait, à un examen superficiel, donner le change, en imposer pour le diagnostic et faire considérer les malades comme des délirantes chroniques, des interprétatives ou encore des démentes paranoïdes ». Ils ajoutent que ces idées

(1) H. Nouet et L. Trepsat. Etats mixtes de la psychose maniaque dépressive. *Journal de neurologie*, 1910.

délirantes, assez mal systématisées, ne sont pas en rapport avec des troubles sensoriels.

Enfin, en 1912, M. Masselon (1) étudie les rapports de la psychose périodique et du délire d'interprétation dans un remarquable article, que nous analyserons longuement plus loin.

B. — En Allemagne.

« En Allemagne, écrit Rosenbach (2), jusqu'à la seconde moitié du XIXe siècle, les aliénistes considéraient l'aliénation mentale en général comme un processus chronique, parcourant, d'après une loi précise, diverses phases. La folie débute toujours par des troubles des sentiments : ainsi tout d'abord, le malade devient mélancolique, puis se manifeste une période d'excitation (manie). Si le processus morbide ne s'arrête pas à cette période, l'affection mentale atteint le deuxième stade, pendant lequel les troubles des idées et de la volonté (le délire) ne constituent pas les suites des troubles des sentiments, mais dépendent d'une perversion indépendante de l'idéation, coïncidant pour la plupart avec un affaiblissement intellectuel ».

Cette doctrine est développée dans l'ouvrage de Griesinger (3), le représentant principal de la psychia-

(1) Masselon. Les psychoses associées. *Annales médico-psychologiques*, juin 1912.

(2) Rosenbach. Contributions à l'étude de quelques formes aiguës d'aliénation mentale. *An. Méd. Psy.* 1891, p. 11.

(3) Griesinger. *Die Pathologie und Thérapie der psychischen krankeiten* 1re édition, 1845.

trie scientifique en Allemagne vers le milieu du XIXe siècle.

Les premières bases de la doctrine de la paranoia (folie primaire, délire chronique, délire systématisé, Verruckteit), furent jetées par Snell, au Congrès des naturalistes et médecins allemands d'Hildesheim, en 1865, dans un mémoire intitulé : *De la monomanie comme forme primitive de folie.*

Snell aboutissait aux conclusions suivantes :

1° La monomanie (ou vésanie, Wahnsinn) se développe sous la forme d'un trouble mental primitif ;

2° Elle se distingue de la manie et de la mélancolie par le caractère moins général des troubles psychiques.

3° Dans la majorité des cas, elle se développe graduellement, plus rarement avec les symptômes violents d'une affection aiguë.

4° Le délire des persécutions joint à une exaltation du sentiment de la personnalité, constitue le caractère fondamental de cette forme de maladie.

5° Le délire de grandeur, qu'on observe dans le cours de cette affection, est généralement secondaire ; peut précéder le délire des persécutions ou se développer simultanément avec lui.

Vers la même époque (1865), Sander (de Berlin) consacra l'existence de cette forme primitive de folie en proposant de lui donner le nom de *Verrückteit originaire.* Il la différencie nettement des autres formes d'aliénation mentale : manie, mélancolie et démence avec lesquelles elle peut d'ailleurs coexister chez le même individu.

Ces travaux n'eurent pas un grand retentissement

et il faut arriver au rapport de Westphal(1) pour que se répande la doctrine de la paranoia.

En étudiant les différentes formes de la paranoia, Westphal montra l'existence de cas aigus. Dans ces cas-là, d'après sa description, surgit tout à coup un grand nombre d'hallucinations, surtout de l'ouïe, et les idées délirantes, déterminées par les erreurs des sens, prennent le caractère du délire des persécutions, puis du délire ambitieux, propres à la paranoia. Quelquefois ces deux délires surgissent en même temps. Dans son étude de l'évolution de la paranoia, Westphal écrit, à propos de la forme aiguë, qu'elle est parfois accompagnée, épisodiquement ou continuellement, d'une excitation motrice allant jusqu'à la fureur dont la cause ne peut toujours être attribuée au sujet même du délire ou aux hallucinations. Cette excitation, au contraire, est surajoutée aux idées délirantes et elle en est plus ou moins indépendante. L'aspect de la maladie présente donc une grande ressemblance avec la manie.

Plus loin, en parlant de la *Verrückteit* (délire systématisé), il dit qu'au lieu d'excitation motrice, on observe quelquefois l'arrêt des impulsions motrices. On doit rapprocher de ces faits beaucoup de cas désignés sous le nom de mélancolie avec stupeur.

Dès cette époque, Westphal a noté l'évolution aiguë de cette forme et la nécessité de placer la *Verrückteit* parmi les formes curables de l'aliénation mentale.

Il fait enfin remarquer que l'aspect clinique de la *Verrückteit* peut être modifié par un trouble formel de l'idéation qui aboutit parfois à la confusion complète.

Cependant, après le travail de Westphal, la forme

(1) Westphal. *Allgem. zeitsch. für Psych.*, 1876, vol. 34, p. 252.

aiguë n'est pas étudiée dans la littérature psychiatrique allemande.

Ainsi, on n'en parle pas au cours de la discussion qui eut lieu lors de l'assemblée annuelle des aliénistes allemands, tenue à Nuremberg, en 1877.

Dans cette réunion, Tigges (1) fait un rapport sur l'organisation de la statistique officielle des maladies mentales simples (folies simples, groupe comprenant les psychoses fonctionnelles, non compliquées d'affections organiques du cerveau, d'épilepsie, d'alcoolisme, etc.), il établit le groupe du *Wahnsinn*, qui coïncide avec la *primâre Verrücktheit* en ne séparant nullement la forme aiguë de la forme chronique.

En motivant sa classification, il insista sur ce fait que, dans le *Wahnsinn*, particularité caractéristique, et contrairement à ce qui se passe dans la manie et la mélancolie, le phénomène principal consiste en une production plus ou moins grande d'idées délirantes, avec conservation de la faculté de penser sous d'autres rapports. Les troubles des sentiments y constituent un élément secondaire.

Le délire de la mélancolie, de la manie peut, il est vrai, avoir une grande ressemblance avec le délire de la *Verrückteit*, mais, dans ce cas là, il dépend d'un trouble primitif des sentiments.

l A cette assemblée, sur la proposition de Meynert, a folie primaire (primäre Verrückteit, respective primärer Wahnsinn) fut reconnue comme une forme distincte. On ne parla pas des formes aiguës.

Plus tard, le terme de folie primaire servit presque uniquement à désigner la forme chronique, et dans la

(1) Tigges. *Allgem zeitsch. für Psych.*, 1877, vol. 34, p. 731.

première édition des manuels de Schüle et de Krafft-Ebing, il n'est pas question de la forme aiguë.

Dans la thèse de Mercklin (1) (1879), la forme aiguë est considérée comme une des cinq modifications du délire chronique (paranoia). Cet auteur, vu le pronostic très favorable de la forme aiguë, soulève déjà la question de savoir s'il ne faut pas la détacher entièrement de ce groupe, lorsqu'il avoue qu'on la confond souvent avec la manie.

Bientôt cependant, différents auteurs essayèrent de montrer que la folie aiguë n'a rien de commun avec le délire systématisé primaire (paranoia).

En 1880, Fritsch (2) (de Vienne) désigna des cas de maladie mentale, identiques à la forme aiguë de la *Verrückteit* de Westphal, sous le nom de *Verwirrtheit* (confusion). Il fait remarquer qu'un pareil état psychique s'observe souvent comme épisode dans l'épilepsie, dans l'hystérie, et quelquefois dans les graves lésions organiques du cerveau ; mais qu'en outre, on rencontre toute une série de cas, dans lesquels la « confusion » constitue une psychose indépendante, idiopathique. Fritsch insiste sur ce fait que, malgré les points de contact qui existent entre cette forme et le délire systématisé (paranoia) quant à la prédominance des erreurs des sens et des idées délirantes, ces deux formes de l'aliénation mentale doivent être totalement séparées au point de vue clinique.

(1) Mercklin. *Studien über die primäre Verrückteit*, J. D. Dorpat, 1879.

(2) Fritsch. *Jahrbücher für Psychiatrie*, 1880. II Bd, p. 27.

Meynert (1) exprime, en 1881, dans son article : « Sur les formes aiguës (hallucinatoires) de la folie et leur marche », une opinion assez semblable à celle de Fritsch. Il choisit pour cette forme le nom de « hallucinatorische Verwirrtheit » et montre, phénomène caractéristique, qu'en cas d'incurabilité elle se transforme en folie générale (allgemeine Verrückteit) contrairement au délire systématisé qui reste toujours partiel.

En 1885, Mayser (2), en comparant la marche du délire hallucinatoire aigu avec les états généraux psychiques qu'on observe après les affections fébriles aiguës (psychoses asthéniques de Kraepelin) et, avec les psychoses toxiques, les troubles psychiques, qui sont causés par l'inanition et l'isolement des prisonniers, le réunit dans un même groupe : celui du *délire asthénique*. Cette généralisation est fondée sur une particularité commune à tous ces états, à savoir que la conscience des malades, sous l'influence d'une énorme production d'hallucinations, d'illusions et de différentes idées délirantes qui surgissent en même temps, prend un caractère chaotique, semblable à l'état de rêve. La constance de ce changement de conscience, contrairement à la lucidité de conscience dans le véritable délire systématisé, est telle qu'aucun des auteurs qui ont écrit sur les formes aiguës du délire n'oublie d'indiquer comme caractéristique le symptôme confusion.

Schule (1886) (3) décrit deux formes de « délire sys-

(1) Meynert. Die acuten (hallucinatorischen) Formen des Wahnsinn und ihr Verlauf. *Jahrbücher für Psychiatrie*, 1881, p. 181.

(2) Mayser. Zum sogen. hallucinator. Wahnsinn. *Allgem. Zeitsch. f. Psych.*, 1885, v. 42, p. 1.

(3) Schule. *Traité clinique des maladies mentales*, traduit en français, 1888, sur la 3e édition allemande, 1886.

tématisé primitif » ou paranoia : la forme aiguë et la forme chronique, réunies dans le même chapitre, comme un seul groupe des psychoses du cerveau invalide. Pourtant, il distingue très nettement les deux formes. Il considère la forme aiguë comme un état hallucinatoire, de rêve, avec perte du moi provoquée par les erreurs des sens ; la paranoia chronique rentre plutôt dans le cadre de la folie dégénérative, tandis que la forme aiguë appartient au groupe des psychonévroses. Il ne les réunit qu'à cause des formes intermédiaires qui ne sont pour ainsi dire que la répétition abrégée de la forme chronique dans laquelle la maladie débute par le délire typique de persécution, suivi d'un état expansif, avec délire religieux, mystique ou érotique. La conscience reste assez lucide pour que le délire puisse se systématiser.

En outre, la paranoia chronique nous offre dans sa marche des exacerbations qui ne sont autre chose que la folie hallucinatoire aiguë, c'est-à-dire la forme aiguë du Wahnsinn. Enfin cette dernière forme, dans les cas incurables, se transforme souvent, dans les observations de Schüle, en délire chronique systématisé.

Malgré toutes ces réserves qui obligent Schüle à rapprocher les formes aiguës et chroniques, il décrit la première, dans un chapitre à part et y distingue toute une série de variétés. Nous citerons entre autres :

1° Délire systématisé aigu sensoriel avec hallucinations.
2° Délire systématisé aigu maniaque.
3° Délire systématisé aigu mélancolique.
4° Délire systématisé aigu avec stupeur.

Le 16 décembre 1887, MENDEL (1), présente à la Société psychiatrique de Berlin un mémoire sur la paranoia périodique, dont nous allons rapporter l'analyse.

L'étude des auteurs, dit Mendel, permet d'affirmer qu'en dehors des psychoses circulaires (Baillarger et Falret) et des perturbations psychiques liées aux accès périodiques de l'hystérie ou de l'épilepsie (épiphénomènes ou équivalents), on n'a jusqu'ici décrit dans la folie périodique que la manie et la mélancolie auxquelles il convient cependant de joindre les manifestations délirantes hallucinatoires, de Kirn et de Krafft-Ebing, méritant selon nous, l'appellation de délire hallucinatoire périodique (2). Nous nous permettrons d'introduire la *paranoïa* (folie systématique) *périodique*. A l'appui, trois observations de paranoia hallucinatoire dont on peut faire le diagnostic grâce à l'observation d'un mélange d'idées de persécution et d'idées de grandeur sans aucune manifestation somatique, sans accidents dans les commémoratifs, sans éléments épileptiques, ni hystériques ; les malades peuvent continuer leurs occupations ou se maintiennent au lit dans un semi-mutisme. Ces symptômes permettent d'éliminer la manie, la mélancolie, le délire hallucinatoire pur. La réapparition régulière d'accès séparés par de courts intervalles, s'installant et s'épanouissant brusquement, accès uniformes, homogènes, d'une fidélité d'aspect parfaite, quasi photographique, dans lesquels on retrouve les mêmes hallucinations, les mêmes conceptions délirantes, et l'habi-

(1) Rapports et discussions analysés par Kéraval, in *Archives de Neurologie*, 1889, pp. 294 et suivantes.

(2) KIRN. *Die periodischen Psychosen*. Stuttgart, 1878. — De KRAFFT-EBING. *Lehrbuch der Psychiatrie*, 2e éd. p. 260, 1883.

tus extérieur identique : ce tableau témoigne de la périodicité, de l'intermittence et exclut l'idée d'une récidive. La quatrième observation présente du reste les particularités suivantes de la transformation du mode. Une femme de cinquante-et-un ans primitivement affectée de mélancolie, ayant reparu régulièrement chaque année pendant les huit dernières années, est, en 1877, au lieu d'un dixième accès, frappée de manie à phase prodromique lypémaniaque. En 1878, la mélancolie revient. Finalement c'est de la paranoia composée d'idées de persécution et d'idées de grandeur, sans agitation considérable. L'étude du pronostic, toujours défavorable dans les affections mentales périodiques, mérite plus ample observation, plus ample comparaison entre les autres folies et la folie systématique de cet ordre.

La communication de Mendel fut suivie de la discussion suivante :

Discussion. — *M. Moeli.* — Quand Wesphal en 1876 a établi son type de folie systématique, il a fait connaître les évolutions intermittentes de la maladie, procédant par poussées avec intervalles indemnes.

M. Arndt. — J'ai fait connaître la stupeur et la catatonie périodique. Mais les cas de folie systématique périodique, je les rangerais, tantôt dans la manie, tantôt dans la stupidité. Plus éclairé, je préférerais les faire entrer dans le délire partiel de Griesinger. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on n'y constate pas encore d'affaiblissement psychique vrai.

M. Thomsen. — Il existe des cas de folie systématique périodique se distinguant de la paranoia intermittente en ce que les périodes sont espacées d'intervalles de lucidité pure.

M. Jastrowitz. — Toute cette question de la paranoia qui aujourd'hui embrasse des formes aiguës alors que la folie systématique typique avait pour caractère fondamental d'être chronique et progressive, mériterait un remaniement terminologique. Quoi qu'il en soit, combien de fois M. Mendel a-t-il vu sa folie systématique périodique se transformer en folie systématique-type, indéniable ? Nous préférerions le terme générique de folie périodique ou simplement de délire périodique hallucinatoire.

M. Mendel. — Il ne me semble pas que j'innove avec hardiesse en consacrant ce fait que tel malade continue ses occupations pendant qu'il délire et que sa folie systématique est véritablement périodique.

M. Jastrowitz. — Délire hallucinatoire périodique, manie ou mélancolie périodique, et paranoia aiguë ne sont pas synonymes. Pour qu'il y ait paranoia, il faut constater un ensemble de conceptions vraiment organisées dans lesquelles la déraison repose sur un fait faux ou sur une série d'assertions erronées. Sinon vous avez affaire à du désordre avec incohérence dans les idées d'origine hallucinatoire et revêtant la forme morbide aiguë, entité morbide qui se prolonge, traîne en longueur, comprend diverses espèces d'épisodes ou de syndromes, mais ne se termine pas par la paranoia.

M. Mendel. — Ce n'est pas du tout le cas visé par M. Jastrowitz. Evidemment ma paranoia périodique se transforme, en certains cas, en paranoia chronique, mais au bout d'un long temps, et tout à fait de la même manière que la manie et la mélancolie périodique ; c'est-à-dire qu'elle peut également, à l'instar de celles-ci, occuper toute la vie d'un homme sans cesser d'être périodique.

Wille (1), en 1888, réunit dans un groupe de Verwirrtheit toutes les affections psychiques indépendantes caractérisées par le symptôme de confusion et y fait entrer le délire aigu (delirium acutum), cependant il admet l'existence de la *paranoia acuta*, qui d'après lui, diffère de la confusion par un délire systématisé et plus déterminé.

Nous avons déjà dit que dans la première édition de son traité, Krafft-Ebing (2), dans le chapitre du délire systématisé primaire, ne décrit que la forme chronique. Mais dans les éditions postérieures (1888) les états aigus, sous le nom de « Wahnsinn », constituent un groupe de psychonévroses bien déterminé telles que la mélancolie, la manie et la démence primaire. Krafft-Ebing dit que les états décrits par lui dans la catégorie du Wahnsinn correspondent à ce que les autres auteurs appelaient le délire primaire aigu, confusion hallucinatoire, manie hallucinatoire. Puis il remarque qu'il n'a jamais constaté que cette maladie se transforme en paranoia systématisée.

Kausch (3), en 1892, décrit à nouveau la folie systématisée périodique : « La folie systématique périodique, dit-il, survient comme les autres psychoses périodiques, presqu'exclusivement chez les individus entachés d'hérédité.

» Les hallucinations et les idées délirantes ne sont pas aussi impérieuses dans la folie systématique périodique que dans la folie systématique ordinaire. Les

(1) Wille. Die Lehre von der Verwirrtheit. *Arch. f. Psychiatrie*, 1888.

(2) Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie*, 3e édit. 1888, p. 339.

(3) Kausch. Ein Beitrag zur Kenntniss der periodischen Paranoia. *Arch. f. Psych.*, Bd. 44, 1892.

phénomènes morbides sont extrêmement constants dans le cours de chacun des accès. — Les intervalles entre les accès sont tout à fait ou presque tout à fait lucides, ce qui distingue ce type de la manie périodique et de la mélancolie périodique. Enfin le pronostic, quant à la guérison, est défavorable ; mais, quant à la démence bien plus favorable que dans la manie et la mélancolie périodique. »

Le 17 mars 1894 s'ouvre à la Société psychiatrique de Berlin une importante discussion sur un rapport de Cramer et Bœdeker : « Délimitations et divisions de la folie systématisée ». Ce rapport et la discussion qui suivit sont longuement analysés par Kéraval dans les Archives de Neurologie (1894-1895). Nous ne pouvons ici les résumer et nous y renvoyons le lecteur qui voudra se rendre un compte exact des idées psychiatriques allemandes à cette époque. Au point de vue spécial qui nous occupe nous n'y trouvons aucun fait nouveau à signaler. Les opinions de Mendel, sur la paranoia périodique y sont discutées, et Jastrowitz ne les accepte pas.

Bientôt cependant de nouvelles observations de paranoia périodique sont rapportées par Friedmann (1) (1895), Greidenberger (2) (1897).

Ziehen (3) note que son malade était très irascible et qu'il entrait fréquemment dans des crises de très violente agitation.

(1) Friedmann. Zur Kenntniss und zum Verständniss milder und kurz verlaufener Wahnformen. — *Neurolog. Central.* 1895.

(2) Greidenberger. Zur Lehre über die acuten formen der Verrücktheit. — *Allg. Zeits. f. Psych.*, 1897.

(3) Ziehen. Eine neue Form der periodischen Psychosen. *Monats. f. Psy. u. Neurol.*, B. 3.

Bechterew (1) (1899) insiste sur ce fait que les idées de grandeur étaient apparues en même temps que les idées de persécution et qu'elles cessèrent avec elles.

Skierlo (2) (1900) fait dans sa thèse inaugurale une revue générale de la paranoia périodique.

Meschede (3) vante le terme de paranoia périodique et rapporte deux observations. Dans la seconde il s'agissait d'un homme qui en l'espace de quarante années présenta seize accès, dont dix observés par l'auteur. Au cours de ces accès le délire de persécution était très accentué. « Le malade craignait non seulement les persécutions de quelques personnes hostiles, mais il était dominé par l'idée illusionnaire d'être l'objet d'une conspiration générale de toutes les puissances du monde qui avaient, par exemple, miné toute la surface de la terre afin de le détruire par des explosions. C'était en vérité, une folie de persécution avec idées prédominantes et exagérées de grandeur. »

Les opinions de Kraepelin sont trop connues pour que nous nous y attardions longuement. Rappelons qu'il décrit les paranoias hallucinatoires comme des démences paranoïdes, une des formes de démence précoce, la paranoia proprement dite correspondant aux délires d'interprétation et de revendication (Sérieux et Capgras). De plus, il fait une synthèse des états maniaques et mélancoliques, qu'il baptise du nom de folie maniaque-dépressive. Il combat vivement la conception de la paranoia périodique. Il y a, en effet, dit-il, dans ce terme une *contradictio in adjecto* et il

(1) Bechterew. Uber periodische acute Paranoïa simplex als besondere Form periodischer Psychosen. *Monat. f. Psy. u. Neur.* 1899.

(2) Skierlo. *Uber periodische Paranoia.* J. D. Königsberg, 1900.

(3) Meschede. *Congrès international de médecine*, Paris, 1900.

fait rentrer ces cas dans la psychose maniaque-dépressive.

En 1902, Bleuler (1) soutient la théorie de Kraepelin. Il rapporte onze cas de délire périodique et sur ces onze cas, dix présentent des symptômes très nets de folie maniaque dépressive. C'est pourquoi on peut considérer ce délire intermittent comme un sous-groupe de la folie maniaque-dépressive. L'auteur insiste beaucoup sur l'intérêt qu'il y a à connaître ces formes pathologiques si l'on veut pouvoir éviter des erreurs graves dans le pronostic d'un état délirant.

Signalons en 1903 le travail de G. Adam (2) « Zum periodischen Irresein. »

En 1905, Gierlich (3) observe trois cas de paranoia intermittente ; il étudie cette maladie surtout au point de vue de la pathogénie du délire. Pour lui, si les hallucinations jouent un rôle dans l'éclosion du délire, l'état émotionnel est un facteur qu'on a eu le tort de trop longtemps négliger.

La même année (1905) Mönkemmöller (4) rapporte une observation de paranoia périodique et termine en disant que, peu à peu, la paranoia périodique tend à se transformer en paranoia chronique.

(1) Bleuler. Uber periodischen Wahnsinn. — *Psych. neur. Wochens.* 1902.

(2) Adam. *Zum periodischen Irresein*, I. D. Rostock, 1903.

(3) Gierlich. Uber periodische Paranoia. *Arch. f. Psych.*, Bd. 40, 1905.

(4) Mönkemmöller. Zur Lehre von der periodischen Paranoia. *Allgem. Zeitsch. f. Psych.*, Bd. 62, 1905.

En 1907, paraît un travail de Rosenfeld, dont voici une analyse empruntée au livre de Sérieux et Capgras : « Il existe, pour cet auteur (1), un groupe de faits dans lesquels le symptôme délire interprétatif apparaît d'une façon aiguë au cours d'un état en apparence normal ; il domine presque exclusivement le tableau clinique ; l'observation ultérieure montre que ce trouble disparaît ensuite complètement sans laisser de déficit psychique permanent. Il y a, dans tous les cas, une falsification de l'identification secondaire, en ce sens que de toutes les interprétations possibles des phénomènes du monde extérieur, seules sont retenues celles qui ont une signification personnelle. Parfois apparaît un délire rétrospectif. Il n'existe ni hallucination, ni troubles catatoniques, ni troubles hypochondriaques. L'humeur est modifiée dans un sens spécial, c'est ce symptôme souvent très atténué et malaisé à mettre en évidence, qui décide Rosenfeld à ne plus parler de « paranoia aiguë » ou « abortive » pour attribuer cet état délirant à la psychose maniaque dépressive. Dans tous les cas, en effet, on a pu déceler l'existence soit d'une humeur maniaque, soit d'un état de dépression.

Celle-ci ne reconnaissait aux caractères suivants : dissimulation du délire ou confidence seulement à un intime, pas de tendances quérulantes ; idées d'infériorité, découragement, reproches, scrupules, arrêt de la pensée, impossibilité à fixer l'attention, incapacité de travailler. »

En 1908, Boege (2) analyse tous les cas qu'il a pu

(1) Rosenfeld. Uber Beziehungswahn. *Centr. f. Nerv. u. Psychiat.*, 15 février 1907.

(2) Boege. Die periodische Paranoia. *Arch. f. Psych.* 1908.

rencontrer étiquetés : paranoia périodique. Sauf pour quatre, où le terme de paranoia peut s'appliquer, l'analyse des symptômes permet d'éliminer le diagnostic et de les faire rentrer dans des formes connues et surtout dans la folie maniaque-dépressive, dans l'alcoolisme à accès répétés.

La même année (1908), Specht (1) expose sa théorie sur laquelle nous reviendrons longuement plus loin, et grâce à laquelle les faits qui nous occupent lui paraissent expliqués d'une façon simple. Il supprime la paranoia du cadre nosographique et la fait rentrer tout entière dans la psychose maniaque dépressive.

Nous pourrions résumer en quelques lignes l'évolution des idées en Allemagne : Snell aborde l'étude des paranoias. Westphal complète cette étude et divise les paranoias en paranoia chronique et paranoia aiguë, qui peuvent être simples ou hallucinatoires. Mendel décrit des paranoias périodiques et beaucoup d'auteurs rapportent des cas semblables. Kraepelin rejette cette appellation de paranoia périodique et fait rentrer ces cas dans sa psychose maniaque-dépressive. Enfin, Specht, acceptant la description clinique kraepelinienne de la paranoia, la considère comme une manifestation de la psychose maniaque-dépressive, la supprimant purement et simplement, en un article, du cadre nosographique.

(1) Specht. Ueber die klinische Kardinalfrage der paranoia. *Central. f. Nervenh. u. Psych.*, 1908.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*inédite*)

M.. Ernest-Amédée, né le 21 décembre 1853, entre à l'asile d'Evreux, le 12 juin 1903.

Aucun renseignement sur l'hérédité ni sur les antécédents personnels.

Première admission. — *Renseignements.* — Depuis trois mois il est excité, parle seul avec volubilité, tient parfois des propos sans suite, chante, rit. Il entre sans motif dans des colères furieuses et menace les personnes de son entourage. Il présente un mélange d'idées de grandeur et de persécution : il va être décoré de la Légion d'honneur, se promène en chapeau haut de forme garni de rubans multicolores. Ses voisins lui en veulent, son gendre l'a volé, tout le monde lui fait des misères, ses parents achètent des meubles à son nom pour le ruiner. Il est désordonné dans sa tenue et dans ses actes, ne tient pas en place, erre dans la campagne sans but.

Le certificat d'admission est ainsi rédigé : « atteint d'aliénation mentale dont le début paraît remonter à environ trois mois et qui est actuellement caractérisée par les symptômes suivants : état d'excitation, idées de persécution : le malade accuse ses voisins et sa famille de lui faire subir de mauvais traitements. »

Certificat immédiat. — Délire de persécution. Il a beaucoup d'ennemis, ne peut sortir sans rencontrer des gens qui lui disent des injures; on le traite de lâche, propre à rien, galeux, poulet. Sa fille et son gendre le volent. Sa femme distribue l'argent qu'il gagne; son beau-frère achète des meubles à son compte et lui envoie les notes, une fois les achats effectués. . . . . .

Il a été, à différentes reprises, se plaindre de ces persécutions au Procureur de la République des Andelys, au maire de Charleval, et hier il venait à Evreux pour trouver le Préfet, mais par vengeance

le garde-champêtre l'a amené à l'asile au lieu de le conduire à la Préfecture. Il menace de se suicider si on le garde ici.

26 *juin* 1903. — « Deux fois j'ai déposé plainte au Procureur de la République contre mon gendre et son père qui achetaient des meubles à mon compte. Je me proposais de venir à la Préfecture pour émettre la même plainte.

» Sept à huit voisins étaient ligués contre moi par méchanceté. Ils soutenaient mon gendre et son père. Ils me maltraitaient. L'un d'eux m'a apostrophé et m'a donné deux giffles. Ils m'ont dit des injures, me traitaient de galeux, lâche, propre à rien ; ils me disaient : « Viens-t-en là ». J'ai été me plaindre plusieurs fois à la gendarmerie. Le jour du conseil de revision ils m'ont interpellé et dit des injures jusqu'à 10 h. 1/2 du soir.

Tranquille, travaille au ménage.

27 *juin* 1903. *Quinzaine.* — Délire des persécutions. Il conserve la même conviction dans la réalité des vexations qu'il a subies de la part de son gendre et de ses voisins. Ceux-ci ligués contre lui, l'ont maltraité giffié, injurié, battu, etc.

12 *juillet* 1903. — Amélioration notable. Il est moins convaincu de la réalité de ses conceptions délirantes, travaille au ménage, se montre très calme.

5 *août.* — Continuation de l'amélioration ; tranquille, s'occupe.

7 *septembre.* — Va de mieux en mieux.

3 *juin* 1904. — Calme, d'une conduite régulière, peut être confié, à titre d'essai, à son frère, qui le réclame.

15 *juin.* — Sorti définitivement, guéri.

Deuxième admission : 11 *juin* 1907. — *Renseignements.* — Depuis sa sortie, le malade a été calme, ordonné, régulier dans son travail ; puis peu à peu, s'est de nouveau agité, manifestant des idées de persécution, méfiant, interprétant en mauvaise part les actes et les paroles de son entourage.

Il y a quinze jours, le malade s'est davantage excité, circulant chez lui nuit et jour, se promenant la nuit dans sa grange au risque d'y mettre le feu. Il est sorti en chemise dans la rue. Il est allé chez le procureur en tenue extraordinaire avec son fusil, portant un fouet en guise de sabre, une carafe comme bidon, une boîte à sardines comme décoration ; un haut de forme orné de rubans multicolores complétait son accoutrement.

Il manifeste de vagues idées de grandeur, se croit tout permis, ne veut plus travailler sous prétexte qu'il peut vivre de son revenu.

Il accuse les nommés M..., P..., Ca... et Cr..., de le voler, de connivence avec sa femme, son beau-frère et son gendre. Tous se sont ligués contre lui et forment une société pour le voler. Ils le cambriolent, pillent ses caves, enlèvent ses outils, prennent ses meubles, son argent

et jusqu'à ses vêtements. Il est allé plusieurs fois se plaindre au procureur et c'est quand sa famille s'est vue perdue par suite de ses plaintes que, soudoyant le garde-champêtre et un médecin, elle a obtenu un certificat de complaisance pour le faire croire fou et le faire enfermer à l'asile.

12 *juin* 1907. *Certificat immédiat.* — Délire des persécutions. Il prétend que quatre individus de Charleval sont de connivence avec sa femme, son beau-frère et son gendre pour le voler : ils pillent ses caves, le cambriolent, prennent ses outils, ses meubles, son argent et jusqu'à ses habits.

Il est excité, loquace, se répand en récriminations incessantes contre ses persécuteurs.

25 *juin.* — Mêmes idées de persécution à l'égard de sa femme, de son beau-frère, de son gendre, de toute sa famille. Ils le taquinent, lui ont volé 4 à 5.000 francs : avec cet argent on paie du monde pour l'insulter.

Il continue à être loquace, ne tient pas en place, réclame constamment.

26 *juin. Quinzaine.* — Délire des persécutions. Il se plaint constamment des vexations que lui ont fait subir sa femme, son beau-frère et son gendre. Il les accuse notamment de lui avoir volé 5.000 francs et d'avoir, avec cet argent, payé des gens pour l'insulter.

Il est très tourmenté, va et vient, casse des carreaux ; ces jours derniers il a démoli une porte vitrée à l'aide d'une brosse à parquet et quand on lui reproche ses actes de violence, il répond qu'il les a commis avec l'autorisation des gendarmes qui lui ont dit que son neveu paierait la casse puisqu'il l'avait fait placer à l'asile.

2 *avril* 1908. — Plus calme, s'occupe à la dépense mais conserve encore des idées de persécution. Les gens de sa commune criaient après lui, lui disaient des injures, ils sont arrivés à le faire placer à l'asile. Son beau-frère se faisait passer pour lui et sa belle-sœur pour sa femme, et tous les actes qu'ils commettaient lui étaient ainsi imputés.

18 *juin* 1908. — Excité, se plaint de ses voisins, ne tient pas en place. On a été obligé de le retirer de la dépense en raison de ses idées de persécution, de ses réclamations, de ses plaintes continuelles.

4 *janvier* 1909. — Redevenu calme et régulier dans ses actes, s'occupe à l'extérieur ; n'a plus actuellement d'idées de persécution.

29 *janvier* 1909. — Sorti guéri, à la demande de sa femme.

Troisième admission. 15 *septembre* 1909. — Réintégré aujourd'hui pour cause de rechute ; excité et réclameur comme d'habitude, se plaint de persécutions imaginaires.

25 *mars* 1910. — Il a été pendant deux mois très agité, loquace, désordonné.

Est redevenu assez calme et s'occupe aux terrassements, mais conserve des idées de persécution, accuse sa femme de faire un jeu de sa personne et de gaspiller son argent ; se plaint des gardiens et d'un malade qui, dit-il, le pousse à faire du scandale afin de s'attirer des punitions.

26 *mars* 1910. — Il écrit au Préfet : « Je veux vous faire savoir que je suis interné pour la troisième fois depuis le 15 septembre 1909.

« Après avoir été trouver le Procureur de la République des Andelys qui m'avait donner l'ordre de faire une petite enquête moi-même d'après les dispositions qui se passaient chez moi en fait d'économies et héritages de meubles et j'ai fini par trouver ce que je cherchais et que j'ai fait relever par un homme de loi des Andelys. Tout cela se produit par la faute de ma femme, beau-frère et un neveu, Barthélemy, L..., mon propriétaire, qui se donne le droit de crocheter mes portes et de s'emparer de tout ce qui lui convient. J'étais sur une bonne piste quand l'on m'a fait arrêter contre toutes les lois de la jurisprudence.

» Maintenant je demande à Monsieur le Préfet, qu'en France l'on n'interne pas des gens contre les lois de l'humanité. Et je demande en même temps à être examiné par des médecins autres que ceux de l'asile pour leur faire voir que je n'ai jamais été atteint d'aliénation mentale, à aucun moment.

» M'étant informé auprès d'un homme de loi, il m'a affirmé que l'on ne pouvait interner un homme sain de corps et d'esprit.

» Veuillez agréer, etc...

» P. S. — En même temps je suis privé d'abord de nourriture, chose essentielle à la vie et de tabac à priser.

» Plusieurs individus dont un principalement, se font un jeu de ma personne, tel qu'ils faisaient, à mon pays, par la famille de ma femme depuis un grand nombre d'années. »

4 *mai* 1910. *Rapport au Procureur.* — Psychose périodique, le malade présente des idées de persécution, accuse ses voisins de le tourmenter, se plaint de vols dont il se croit victime, prétend que sa femme, de connivence avec sa famille, l'a fait interner ici pour s'emparer de ses économies et de son mobilier.

22 *juin* 1911. — Il est actuellement tranquille, régulier dans ses actes, s'occupe du réfectoire des employés.

18 *juillet* 1911. — S'excite de nouveau, fait des réclamations continuelles, prétend que les malades et les gardiens le persécutent, que ceux-ci ne lui donnent pas sa ration ; a dû être retiré de son emploi.

13 *janvier* 1912. — Le malade est plus calme en ce moment, mais conserve encore de la loquacité et des idées de persécution, accuse sa femme de l'avoir fait interner pour s'emparer de ses économies et de son mobilier, prétend qu'on n'envoie pas ses lettres, qu'on lui vole des timbres ; ne cesse d'émettre des réclamations et des accusations sans fondement.

Juin 1912. — Il écrit au médecin : « Je ne suis pas surpris de vos tortures corporelles comme en 1909 quand je suis rentré. Rappelez-vous que vous m'avez infligé des tortures corporelles (bains en janvier 1912).

» Ayant rencontré le sieur A... (un employé) qui revenait de porter du linge à la buanderie, ayant été demandé par le gardien et lui ayant répondu que je voulais bien lui prêter main-forte, je vais vous dire ce qui s'est passé :

» Voyant que l'on ne faisait pas partir mes lettres, j'ai demandé pourquoi il ne faisait pas partir les lettres adressées à ma famille. Mais il m'a fait comme le surveillant en chef, surtout au sujet d'une boîte cachée dans la cave en 1908 contenant 6 timbres, m'en prenant 4 la première fois, les deux n'ayant pas été trouvés dans la boîte. Les ayant pris pour les mettre dans le placard, dans une petite poche, ayant été pour les rechercher ils avaient disparu. Vous n'en devez pas ignorer mais je vous le dis quand même. Cela se fait par l'indicateur et par un fou que Monsieur le docteur connaît parfaitement. Je m'en suis aperçu en entrant dans le réfectoire de la cinquième division et même dans tous les quartiers où j'habite et c'est bien la même chose que l'on me faisait à Charleval, car c'est de même que les soustractions et les méchancetés qui se passaient à Charleval ».

8 *juillet* 1912. — Persistance des idées de persécution. Partout où il travaille on lui vole ses outils ; les autres malades l'excitent et lui disent des injures. Calme, s'occupe au jardin.

29 *juillet*. — De nouveau excité, loquace, réclameur, manifeste de nombreuses interprétations délirantes, a quitté son travail au jardin, prétend qu'on lui vole son tabac.

27 *octobre* 1912. — Calme, régulier dans ses actes, n'a pas actuellement d'idées de persécution, pas d'affaiblissement intellectuel, mémoire et orientation bien conservées.

On peut résumer ainsi cette observation :

Premier accès : 1° *Symptômes maniaques* : Il parle seul avec volubilité, propos incohérents, chants, tenue extravagante et prétentieuse (haut de forme, rubans multicolores).

2° *Idées de persécution* assez systématisées à l'égard de sa femme qui le vole ; son beau-frère achète des meubles à son compte et lui envoie les notes. Il étend ses interprétations aux voisins, qu'il accuse de s'être ligués contre lui, puis à tout le monde. Pas d'halluci-

nations nettes. Il réagit en persécuté (plaintes au procureur, au maire, menaces).

Durée de l'accès : un an.

Deuxième accès. — Après un intervalle lucide de trois ans, caractérisé aussi par des *symptômes maniaques manifestes* (agitation motrice, loquacité, tenue extravagante et prétentieuse) et des *idées de persécution très précises* à l'égard de sa femme et de quatre voisins qui le volent. Pas d'hallucinations. Mêmes réactions de persécuté qu'au premier accès.

Sorti guéri. Durée de l'accès : deux ans.

Troisième accès. — Après un intervalle lucide de neuf mois, *symptômes maniaques très manifestes* : agitation, loquacité, désordre des paroles et des actes.

Mêmes idées de persécution ; nombreuses interprétations délirantes.

Guérison après trois ans.

Le malade n'est plus persécuté ni maniaque, mais garde un caractère difficile.

OBSERVATION II

(*inédite*)

Ra..., femme B..., née le 20 juillet 1865, entre à l'asile d'Evreux le 9 novembre 1910.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'hémorragie cérébrale, mère vivante, ni frères, ni sœurs, pas d'aliénés dans la famille.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladie grave. Santé délicate. Pas d'enfants ; n'est plus réglée depuis deux mois.

Elle a toujours eu le caractère difficile, se montrait soupçonneuse, voyait des vexations partout, interprétait de travers les moindres paroles ou les actes les plus insignifiants. Dès le début de son mariage elle boudait pendant des journées et même des semaines entières. Sous l'influence de l'âge, cette prédisposition s'est accentuée de plus en plus. En 1906 elle est restée plus d'un mois chez sa mère parce qu'elle s'était

fâchée avec sa belle-sœur à la suite de discussions d'intérêt. La belle-sœur habitait une maison voisine et c'est afin de ne pas rencontrer celle-ci qu'elle avait quitté son domicile à cette époque.

Son mari était obligé de prendre les plus grandes précautions pour ne pas la contrarier. Tout autre, d'humeur moins placide, n'aurait pu vivre avec elle.

Histoire de la maladie (renseignements du mari). — Le début de la maladie remonte à cinq mois environ. Madame B... se méfie de son mari, le soupçonne de vouloir se séparer d'elle. Elle interprète dans le sens de son délire les moindres actes de celui-ci. Il est son principal persécuteur. Il a organisé un complot pour la faire disparaître. Il existe à Saint-A... (son pays) une femme qui lui ressemble d'une façon étonnante et qui profite de cette ressemblance pour commettre toutes sortes de méfaits. Cette femme est d'ailleurs payée par le mari. Une autre femme qui ressemble à la mère de la malade se livre également à des actes délictueux et est aussi payée par M. B...

Pour ne pas être confondue avec son sosie, Mme B... s'est blessée volontairement au front avec des tenailles. Elle se met un cachet avec de la cire sur le front, se blesse au poignet, se brûle, s'enfonce des aiguilles sous la peau. De cette façon, dit-elle, elle ne peut être confondue avec la criminelle aux gages de son mari.

Idées d'empoisonnement.

Tout le monde la regarde de travers. On la considère comme une voleuse, une femme de mauvaise vie, on ne l'injurie jamais dans la rue.

Elle écrit des lettres au Procureur de la République, à la gendarmerie, aux autorités diverses, se plaignant de son mari, de la sœur de celui-ci, les accusant d'avoir organisé un complot contre elle.

La nuit elle dort très peu, et réveille les voisins par ses cris. La veille de l'entrée elle a fait une tentative de suicide en essayant de se jeter dans une citerne.

Elle a été examinée il y a un mois par le docteur Séglas ; ce dernier a rédigé une consultation et posé le diagnostic de délire d'interprétation. Ce diagnostic est reflété dans le certificat d'entrée rédigé par le médecin traitant : « atteinte depuis environ six mois de délire chronique à évolution systématique ».

10 *novembre* 1910. — Certificat immédiat. Délire systématisé d'interprétation.

Elle raconte que pour lui nuire, son mari a fait venir à Saint-A... une femme qui emprunte sa ressemblance et sous ses traits commet toutes sortes de méfaits dont elle supporte les conséquences.

Ses voisins la croyant coupable, la regardent de travers, la considèrent comme une voleuse, la méprisent, émettent sur son compte des appréciations injurieuses.

Afin de ne pas être confondue avec cette femme, elle s'est coupé les cheveux, s'est apposé un cachet de cire sur le front, s'est blessée au poignet.

Elle a des idées d'empoisonnement, prétend qu'on veut se débar-

rasser d'elle et qu'on lui a fait avaler des substances toxiques dans des potions.

Tout ce délire paraît reposer sur des interprétations et non des hallucinations. Pas d'idée mégalomaniaque.

23 *novembre* 1910. *Quinzaine.* — Elle est toujours convaincue qu'une autre femme a pris sa figure, ses apparences, sa voix et a commis des actes répréhensibles pour qu'on les lui attribue. Son mari racontait à celle-ci tout ce qui se passait à la maison, tout ce qu'elle disait et ses ennemis dénaturaient ses propos afin de lui nuire.

Elle prétend qu'elle entend dire qu'on va la tuer parce qu'elle a fait du mal (hallucinations de l'ouïe ?). Hier en voyant les internes entrer à l'infirmerie, elle a cru qu'ils venaient lui donner la mort et les a suppliés de retarder l'heure de son supplice et d'attendre jusqu'au soir pour qu'elle puisse écrire à son mari, mais ses voisines lui ont dit qu'il était trop tard et qu'elle aurait dû écrire dès le matin.

Par moment elle est triste et mange difficilement.

Elle dort mal et se lève souvent pendant la nuit, se plaignant d'entendre du bruit (vraisemblable).

30 *novembre* 1910. — Son mari étant venu la voir, elle l'accable de reproches, déclare qu'il veut se débarrasser d'elle ; elle l'appelle « sans cœur ».

L'état reste stationnaire. La malade est réticente, dissimule ses idées délirantes.

Elle est très déprimée et parfois anxieuse, répétant que sa dernière heure est venue, qu'elle va être exécutée.

20 *janvier* 1911. — Amélioration considérable depuis quelques jours. Disparition des idées mélancoliques, de l'anxiété, des interprétations.

La malade est gaie, un peu loquace et présente même une *légère excitation intellectuelle.* Elle se rend compte de son état et pense qu'elle vient de traverser une crise de dépression.

4 *février* 1911. — Sortie guérie.

Depuis, elle vient de temps à autre voir notre famille. Elle n'a plus aucune idée de persécution.

Deuxième admission : 28 *décembre* 1912. — Elle avait été très bien depuis sa sortie. Elle est retombée malade le 10 novembre 1912, a perdu le sommeil, manifestait une tristesse que rien ne motivait, refusait de parler à son mari, s'isolait dans sa chambre, ne voulait plus voir personne.

L'état dépressif a augmenté de jour en jour, Mme B... conservait un mutisme complet pendant plusieurs heures consécutives, se renversait sur un fauteuil et restait ainsi sans bouger et sans vouloir répondre aux questions de son entourage. *Elle s'énervait parfois et accusait son mari de se liguer avec sa sœur et son beau-frère pour la rendre malheureuse.* En dernier lieu les accès dépressifs se prolongeaient de plus en plus et la malade restait assise sur le plancher, immobile, les yeux fermés. Insomnie rebelle. Pas de refus d'aliments. Pas d'idées de suicide.

Certificat immédiat. — Psychose périodique. L'accès actuel se traduit par des idées de persécution, de la dépression mélancolique, de l'insomnie.

30 *décembre.* — La malade est dans le mutisme le plus complet, n'ouvrant même pas les yeux et se refusant à exécuter le moindre mouvement. Hier elle a consenti à répondre à quelques questions et accusait des idées de persécution basées sur des interprétations délirantes : « elle a eu des histoires avec son mari et elle croit que certaines personnes se moquent d'elle ; il n'était pas le seul à lui en vouloir ; ses voisins la regardaient d'un air narquois et elle entendait fréquemment autour d'elle, des gens qui tenaient des propos déplacés ; son mari avait l'air très satisfait de la voir partir ; il causait tout bas et devait décider sa perte ; mais elle ne peut en dire davantage, car dans la pièce il y a une personne qui la surveille spécialement et qui a intérêt à la conserver ; elle ressent d'ailleurs dans les membres des secousses qui lui font comprendre qu'il est grand temps de se taire ». Elle nous tourne le dos et ne veut plus répondre.

Au cours de l'interrogatoire, nous n'avons constaté ni affaiblissement intellectuel, ni désorientation allo- et auto-psychique.

Résumé. — Premier accès. — Idées de persécution systématisées : Son mari a organisé un complot pour la faire disparaître et il a payé une femme qui commet sous son nom toutes sortes de méfaits, idées d'empoisonnement, interprétations multiples et assez bien coordonnées.

Symptômes mélancoliques : tentative de suicide, période de dépression avec difficulté d'alimentation, crises d'anxiété.

Sortie guérie ; durée de l'accès : quatre mois.

Deuxième accès. — Symptômes mélancoliques très nets. Au cours de quelques périodes d'excitation, *Idées de persécution* ; son mari et sa belle-sœur se liguent pour la rendre malheureuse. *Interprétations délirantes.* Caractère paranoiaque manifeste.

OBSERVATION III

(*inédite*)

C..., Florentin, né le 15 mars 1843, entre pour la première fois à l'asile d'Evreux, le 7 juillet 1906.

Renseignements donnés par la fille du malade :

Père mort d'une attaque d'apoplexie, mère d'une cardiopathie.

Un cousin a été interné à l'asile d'Evreux où il est mort. Le malade serait atteint d'une maladie de cœur. Il a des palpitations et de la dyspnée d'effort. Il y a trois ans il présenta de l'anasarque.

Déjà à cette époque il avait des troubles mentaux, des idées mélancoliques, de ruine, de misère, voyait tout en noir. *Cette mélancolie survenait par accès depuis 12 ans* : il manifestait des idées de ruine, il était alors très abattu.

Depuis un mois, à la mélancolie a succédé l'agitation ; il a des colères terribles ; il présente des idées de persécution, croit que sa femme veut l'empoisonner, a demandé à la gendarmerie s'il pouvait sortir dans la rue avec un fusil pour se défendre contre ses ennemis, se promène armé d'une canne à épée. Il ne fait plus rien, ne s'occupe plus de ses affaires, parle sans cesse, forme des projets, manifeste des idées vaniteuses. Plus de sommeil, il tient des discours la nuit comme le jour.

Première admission. *Certificat d'admission.* — « Aliénation mentale avec idées de persécution et tendance au meurtre. Dans ses nombreux accès de fureur impulsive, C... a comme une idée fixe de tuer un de ses voisins, ancien maire de la commune, prétendant que celui-ci lui aurait causé préjudice par des faux rapports. »

8 *juillet* 1906. — Homme de grande taille, bien musclé, facies vultueux, yeux brillants. Expose des idées de persécution : on lui fait des misères, on lui a pissé sur la figure, on a lâché ses vaches dans un herbage pendant qu'il était parti. L'ancien maire D... l'a fait condamner injustement. On l'accuse de ne pas être le père de sa fille.

Vantardise : raconte qu'il a de grandes capacités. Il aime les belles femmes et les beaux chevaux, personne ne s'y connaît mieux que lui en fait d'animaux. Il est extrêmement loquace et verbeux.

17 *juillet*. — Loquacité intarissable, excitation intellectuelle, mélange d'idées de persécution et de gasconnades. On lui a volé des bourrées, on lui a brûlé ses sacs. Sa femme a voulu l'empoisonner. Il va acheter des chevaux qu'il sait très bien dresser. Il demande la place de cocher de l'asile, etc. Hypertension artérielle. Athéromasie.

26 *juillet*. — Loquace, passe sans transition d'un sujet à l'autre, incapable de poursuivre une idée. On lui a détruit sa barrière, on lui a volé des charrues, 14 cordes de bois, 600 bourrées. Le maire l'a fait condamner injustement ; s'il ne craignait pas la justice, il le saignerait comme un porc.

30 *septembre* 1906. — Sorti à la demande de sa femme.

Deuxième admission. — *Certificat d'admission.* — « Excitation cérébrale caractérisée par de la logorrhée, de la gesticulation, des troubles de l'association des idées, de la manie ambulatoire. A des idées de vengeance, prétend qu'il a des ennemis nombreux et puissants qui ont intrigué contre lui et grâce à la connivence de sa femme et de sa fille l'ont fait enfermer. Il en veut à tout ce monde-là et réclamera 3 millions d'indemnité tantôt au directeur de l'asile, tantôt au médecin qui l'y a conduit. »

Renseignements. — Dès le lendemain de sa sortie le malade s'est excité, il courait de tous côtés poursuivi par la crainte d'être ramené à l'asile, allant se plaindre au procureur des mauvaises intentions de sa famille à son égard, consultant de nombreuses personnes, présentant des idées de persécution, croyant qu'on voulait l'empoisonner, ne dormant pas la nuit.

10 *octobre* 1906. — Il revient à l'asile beaucoup plus troublé qu'au moment de sa sortie, se montrant excité, loquace, manifestant des idées de persécution. L'ancien maire D... le tourmente, le poursuit dans les hôtels où il va coucher, lui a fait perdre son ménage et sa santé. Vantard : se propose d'aller en Amérique pour entreprendre un grand commerce de bestiaux. Il ne craint pas un seul marchand de chevaux ni aucun boucher.

24 *octobre.* — Toujours excité, loquace, bruyant la nuit, passe sans transition d'un sujet à l'autre. Il se plaint de M. D... qui a fait tout son possible pour lui nuire, a prétendu qu'il était ruiné, qu'il n'était pas le père de sa fille, l'a fait condamner à 25 francs d'amende. Il n'accepte que du lait, réclame à chaque repas qu'on le conduise à l'hôtel, se fait fort de trouver 10.000 francs à Evreux chez des amis.

4 *décembre.* — C'est le maire de Gaillon qui est la cause de son internement, il se vengera de lui, il lui montrera qu'il n'a pas peur. Quand il était à Louviers on l'a électrisé.
Il est plus calme, cause moins, dort pendant la nuit, s'alimente bien.

7 *février* 1907. — Il est convaincu qu'un médecin complice de sa femme a versé du poison dans sa boisson, il récrimine moins.

13 *novembre* 1907. — Alternatives de calme et d'excitation.

14 *décembre.* — Tranquille, mais toujours un peu loquace.

28 *février* 1908. — Depuis trois jours il présente une nouvelle période d'excitation, cause avec volubilité, se montre grossier avec ses voisins, présente une recrudescence d'idées de persécution, se plaint de son ennemi D..., fait du bruit pendant la nuit, se lève.

2 *mars* 1909. — Phénomènes intermittents d'excitation, avec loquacité et idées de persécution.

31 *juillet* 1909. — Nouvel essai de sortie tenté par sa femme.

Troisième admission. — Le malade reste treize jours en liberté et ne peut être conservé par suite d'un retour d'excitation.

13 *août* 1909. — *Certificat immédiat.* — Psychose périodique, le malade sorti le 31 juillet revient aujourd'hui présentant de l'excitation intellectuelle qui se traduit par de la loquacité, des idées vaniteuses des projets de toute nature, des idées de persécution. Depuis une quinzaine d'années, il est sujet à des alternatives d'excitation et de dépression.

28 *août* 1909. — Agité, loquace, parle avec volubilité passe sans transition d'un sujet à l'autre. Idées vaniteuses et de persécution.

31 *décembre.* — Plus calme, mais reste encore un peu loquace. Ne travaille pas.

22 *novembre* 1910. — Il est dans une période de calme, se montre régulier dans ses actes.

Novembre 1911. — Calme, mais par moment loquacité et fuite des idées.

15 *novembre* 1912. — Il est actuellement tranquille, se conduit régulièrement, lit le journal, joue aux dominos avec ses voisins, s'occupe un peu du ménage, mais il reste excitable. Il suffit de le faire causer pendant un certain temps pour qu'il redevienne loquace. Les idées de persécution sont à peine ébauchées en ce moment. L'intelligence est conservée, la mémoire, l'orientation normales.

Artério-sclérose. Œdème des membres inférieurs.

Résumé. — Le malade a eu, avant son premier internement, de nombreux accès de dépression qui n'ont pas nécessité l'admission dans un asile.

Premier internement. — 1° *Symptômes maniaques* : loquacité intarissable, insomnie, agitation motrice.

2° *Idées de persécution* basées sur des interprétations : sa femme veut l'empoisonner; un de ses voisins lui a causé du tort par de faux rapports, on a lâché ses vaches pendant qu'il était absent. Quelques idées ambitieuses : il a de grandes capacités. Pas d'hallucinations.

Réagit en persécuté : menaces, tendance au meurtre.

Sorti guéri. Durée de l'accès : trois mois.

Deuxième internement. — Intervalle lucide de quelques jours, puis de nouveau : logorrhée, gesticulation, manie ambulatoire (*symptômes maniaques*) ; *idées de persécution*, interprétations délirantes ; il désigne nettement un persécuteur : le maire de son village veut le ruiner.

Troisième internement. — Après un intervalle lucide de un mois. Le malade se présente toujours sous le même aspect, agité, loquace, interprétant ; quelques intervalles de calme, mais même alors caractère difficile, ombrageux.

OBSERVATION IV
(*inédite*)

Première admission. — L..., né le 26 mai 1831, entre pour la première fois à l'asile d'Evreux, le 29 juillet 1871, à 40 ans, après avoir été traité antérieurement *trois fois*, à l'asile du Bon-Sauveur de Caen. Pas de renseignements sur ces placements.

29 *août* 1871. — Lypémanie avec idées de persécution. Il s'imagine qu'une jeune fille lui a jeté un sort. Dangereux.

Novembre 1871. — Amélioration sensible, il ne déraisonne plus, calme et tranquille.

24 *novembre* 1871. — Sorti guéri.

Deuxième admission : 25 *novembre* 1873. — *Certificat immédiat.* — Présente avec peu de suite dans les idées et un facies inquiet et triste, un délire des persécutions qui lui fait croire que le greffier de la justice de paix de son canton, pour lui avoir conseillé de brûler des papiers, dont il ne parvient pas à nous spécifier la nature, est la cause de la perte de sa fortune, de ses divers internements dans les asiles d'aliénés, de tous les malheurs qui lui sont arrivés.

Janvier 1874. — Loquace, désordonné, criard de jour et de nuit.

Mars. — Un peu plus calme, travaille aux terrassements.

Novembre. — Dépression intellectuelle profonde, mutisme, air hébété.

Janvier 1875. — Moins déprimé, a repris son travail.

Février. — Est redevenu sombre, triste, se plaint d'être sans force.

Janvier 1876. — Stupide, taciturne.

Février. — Commence à se réveiller.

Avril. — S'est remis au travail, s'occupe au jardin.

Janvier 1877. — Période de rémission.

Juillet. — Excitation maniaque des plus intenses. Le malade va et vient, se déshabille ou s'affuble d'une façon excentrique. Il est très bruyant la nuit.

Novembre. — Agitation, désordre des actes.

Janvier 1878. — Calme, s'occupe.

Avril. — Un peu mélancolique, calme.

1879-1880-1881. — Moments d'excitation séparés par des intervalles de tranquillité.

22 *mars* 1882. — Sorti par suite de guérison.

Troisième admission : 6 *octobre* 1886. — Après quatre ans de rémission complète.

Certificat immédiat. — Délire de persécutions. Le maire, le curé, le garde-champêtre d'Ecardenville, tous les habitants de la commune sont ligués contre lui, l'ont frappé, l'ont empêché de travailler, venaient le réveiller toutes les nuits, ont voulu l'assassiner, le poignarder, l'empoisonner avec du vitriol mélangé à de l'eau-de-vie.

21 *octobre* 1886. — Délire des persécutions. Il présente les mêmes idées délirantes qu'à son entrée. Plus calme.

7 *janvier* 1887. — De nouveau excité, loquace, turbulent, incapable de travailler.

9 *août* 1888. — Un peu plus calme, mais toujours aussi loquace.

1889. — Amélioration.

1890-1891. — Calme, travaille.

2 *mai* 1892. — Sorti.

Quatrième admission : 11 *juin* 1892. — Il n'a pu reprendre au dehors ses occupations premières : d'autre part, il s'est heurté, dit-il, à la méfiance des gens qui auraient pu l'occuper. Il revient déprimé, se plaignant de mal de tête, d'insomnie, d'inappétence.

Octobre 1892. — Dépression.

Novembre. — Amélioration, s'occupe.

1893-1894-1895. — Tranquille, travaille régulièrement.

Avril 1896. — A passé deux mois à l'infirmerie sans force et sans énergie.

17 *mai* 1897. — Agité depuis 2 mois, cherche à se livrer à des actes de violence envers le surveillant-chef.

17 *septembre*. — Alternatives d'excitation et de dépression. Agité en ce moment.

Janvier 1898. — S'excite parfois.

17 *mai*. — A des périodes d'excitation et de dépression, très difficile, mauvais caractère, quémandeur, croit que tout lui est dû.

12 *décembre*. — Agité, cherche querelle aux autres malades.

20 *mars* 1899. — Persistance des anciennes idées de persécution. Le garde-champêtre d'Ecardenville a cherché à le faire empoisonner avec du vitriol et de l'arsenic afin de s'emparer de son bien. Il était de connivence avec sept ou huit autres individus, l'adjoint, le curé, la veuve B... Ici le directeur le fait crever de faim. Il attend un héritage d'une centaine de mille francs provenant d'un oncle qui habite La Commanderie. L'argent est déposé chez un notaire qui est de connivence avec d'autres voleurs pour garder cette somme. Il est toujours excité, loquace, irritable.

4 *juillet*. — Agité, a cassé les panneaux d'une porte, menace tout le monde.

. 1900. — L'intelligence s'affaiblit (à noter que le malade avait alors 69 ans) ; collectionneur, ses poches contiennent un ramassis de chiffons, papiers, morceaux de bois, bouchons, chapelets.

Décembre 1901. — Loquacité, idées puériles de persécution. Calme, travaille.

14 *janvier* 1903. — Quand il aura l'héritage de son oncle, il le placera sur l'Etat et il continuera son métier de taupier avec lequel on peut gagner 5 francs par jour. Loquace, travaille un peu au ménage.

3 *février* 1904. — Affaiblissement du jugement, croit pouvoir gagner sa vie au dehors alors qu'ici il ne fait presque plus rien.

12 *mai* 1905. — Phénomènes comateux, respiration très faible et très peu fréquente sans rythme de Cheyne-Stokes.

13 *mai*. — Décédé.

Autopsie : *Poumons*. — A droite : lésions de bronchite. La coupe fait sourdre du pus jaunâtre. A gauche : broncho-pneumonie ; portions hépatisées dont les fragments tombent au fond du vase ; dans d'autres parties on ne rencontre que de la congestion.

Cœur. — Adhérence du péricarde à la surface extérieure. Parois venticulaires flasques et grenues à la coupe. Déformation et induration de la valvule mitrale. Incrustation calcaire des valvules sigmoïdes et de la base de l'aorte.

Foie. — Dégénérescence graisseuse du parenchyme.

Encéphale. — Athérome des vaisseaux qui présentent une coloration jaunâtre et des flexuosités anormales.

Congestion intense des méninges.

Sur l'hémisphère droit on rencontre plusieurs hémorragies méningées siégeant entre l'arachnoïde et la pie-mère ; les plus étendues sont situées, l'une à la partie postérieure de F^2 et F^3, la pariétale ascendante ; une autre sépare T^2 de T^3.

Sur l'hémisphère gauche il existe un foyer d'hémorragie ayant détruit la face interne de la première temporale. Cette hémorragie occupait toute la scissure de Sylvius et présentait comme sur l'autre hémisphère les caractères d'une hémorragie méningée.

Les membranes sont épaisses, non adhérentes.

Lacunes des noyaux gris.

Résumé. — Quatre accès antérieurs sur lesquels on n'a pas de renseignements précis. Il devait cependant avoir des idées de persécution, car il s'imaginait que sa fille lui avait jeté un sort.

Cinquième internement. — On peut suivre très bien l'évolution de l'accès et l'on distingue : une première phase d'inquiétude et de tristesse, avec idées de persécution très précises : un greffier de la justice de paix est la cause de la perte de sa fortune, de ses divers internements, de tous les malheurs qui lui sont arrivés. Puis, à la légère dépression du début fait suite une période d'excitation avec loquacité, fuite des idées, désordre des actes. Le système délirant n'existe plus. Après une courte période de calme, on note une période de mélancolie avec stupeur. Puis, toute une série d'alternatives d'excitation, de dépression très marquées et de calme.

Sort guéri après un internement de neuf ans.

Sixième internement. — Après un intervalle lucide de quatre ans.

Il se présente à nouveau comme un persécuté interprétant. Le maire, le curé, le garde-champêtre de sa commune l'empêchent de travailler, veulent l'empoisonner en mélangeant du vitriol à de l'eau-de-vie. Périodes d'excitation, loquacité, turbulence.

Sort guéri ; durée de l'accès : quatre ans.

Septième internement. – Après un intervalle lucide de deux ans.

Dépression, insomnie, inappétence avec alternatives d'excitation très violente.

Idées de persécution toujours très nettes et aussi précises (maire, garde-champêtre). Interprétations nombreuses.

Quelques périodes de calme, mais se montre ce qu'il a toujours été, mauvais caractère, difficile, quémandeur, égoïste.

Puis l'intelligence s'affaiblit et il meurt. L'autopsie montre de l'athérome, des hémorragies méningées, des lacunes des noyaux gris.

OBSERVATION V

(*inédite.*)

Elise L...., veuve B...., née en 1849, aujourd'hui âgée de 63 ans, a fait deux séjours à l'asile d'Evreux depuis 1884.

Première admission : 9 *septembre* 1884. — Lors de son premier internement, la personne qui l'accompagnait a donné sur elle les renseignements suivants :

« Au mois de février 1884, notre malade se prétendit persécutée par ses voisins qui voulaient non seulement lui faire du tort, mais encore nuire à son mari ; elle fut envoyée à la campagne au mois d'avril de la même année. Après quinze jours passés à Gaudreville, *ses idées de persécutions semblent se dissiper* ; à la fin de mai seulement elle fut encore prise de son délire de persécution. Elle voyait partout des ennemis, et son délire qui avait été jusqu'alors calme, commença à devenir furieux. Elle parlait de tuer son mari pour ne pas le laisser

tomber vivant entre les mains de ses ennemis ; elle-même voulut attenter à ses jours en avalant de l'acide phénique ; actuellement elle est plus calme, mais voit et entend encore ses ennemis ; elle a demandé à être conduite à l'Asile pour être guérie de la faiblesse qu'elle ressent. »

La malade n'a pas d'antécédents héréditaires ; elle avait trois sœurs et un frère, tous en bonne santé (l'une de ses sœurs est morte actuellement), mais je ne relève pas d'internements dans la famille.

La malade n'est pas très loquace avec nous, aussi est-ce grâce à un subterfuge que nous arrivons à savoir qu'elle n'a pas eu de maladies graves dans le jeune âge. Réglée vers l'âge de 14 ans, elle fut un peu maladive pendant sa seconde enfance, mais elle ne peut préciser. Mariée elle n'eut pas d'enfants et son existence fut assez tranquille.

Les troubles mentaux débutèrent à l'âge de 35 ans et nécessitèrent son internement quelques mois plus tard.

Le 9 septembre 1884, elle entrait à l'Asile de Navarre avec le certificat d'admission suivant : « Délire des persécutions avec tendance au suicide. »

Le certificat immédiat était ainsi rédigé : « Est atteinte du délire des persécutions avec hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale ; elle se croit persécutée par ses voisins ; ceux-ci la tourmentent par tous les moyens possibles ; ils lui disent des injures, l'empêchent de dormir, veulent attenter à sa vie et lui agitent les nerfs ; ces persécutions la rendent si malheureuse qu'il lui prend par moments l'idée de se suicider ; dernièrement, elle a essayé de s'empoisonner en avalant de l'acide phénique ; elle a jusqu'à un certain point conscience de ses troubles intellectuels ; aussi a-t-elle demandé elle-même à être conduite à l'Asile pour y recevoir les soins nécessaires ».

Certificat de quinzaine. — Ses idées ne sont pas modifiées et elle continue à croire que ses voisins la persécutent ; *ils jetaient devant sa porte des bouteilles cassées afin de faire tomber ses chevaux* ; *ils ont écrit dans l'Union républicaine de l'Eure des articles dans lesquels elle était tournée en dérision* ; *depuis que ces articles avaient paru, tout le monde riait en passant à côté d'elle* ; ici elle entend souvent des voix qui lui annoncent la mort de son mari et elle éprouve presque continuellement des bourdonnements dans les oreilles.

Deuxième admission. — La malade sortie le 9 décembre 1884 par suite d'amélioration, ne revient à l'Asile qu'en novembre 1910 ; pendant cette longue période elle n'a pas été placée dans une autre maison de santé et n'aurait pas présenté de troubles mentaux.

Le *certificat d'admission* la présente comme atteinte de délire de persécution, forme manie.

Certificat immédiat 19 novembre 1910. — Délire de persécutions ; elle prétend qu'on lui fait la guerre à outrance, qu'on lui dit des injures, qu'on la traite de prostituée, qu'on la menace à coup de revol-

ver, que le curé de la Bonneville lui adresse des menaces, que le buraliste et son fils lui crachent à la figure et qu'ils ferment ses serrures et dévastent ses appartements ; ce délire s'accompagne *d'énervement, de loquacité et d'excitation intellectuelle.*

Certificat de quinzaine 3 *décembre* 1910. — Délire des persécutions ; elle a les mêmes convictions maladives ; prétend que ses voisins ont tiré des coups de fusil sur sa maison, ont saccagé son mur, son toit, bombardé sa porte à coups de cailloux et que le buraliste l'injuriait, la frappait ; il lui a donné un coup de couteau à la figure ; elle est excitée, crie dans la cour, interpelle les personnes qui passent sur le route et leur demande si ses voisins ont capté les millions qui serviront à lui faire des misères.

En janvier 1911, Mme B... est très difficile, continuellement excitée ; elle gesticule, réclamant sa sortie.

Plus tard elle refuse de s'alimenter et ne veut pas changer de linge. A la fin de 1911, elle est encore excitée, loquace, difficile et réclame contre tout.

Au commencement de cette année (février) ; elle traverse une *période de tranquillité relative* : « Elle est moins agitée, cause moins, s'occupe un peu, mais cet état ne dure que quelques semaines à peine », ainsi que le faisait d'ailleurs prévoir une note faite en réponse à une demande de sortie : « Depuis quelques semaines elle est très légèrement améliorée, mais je ne pense pas que cet état d'amélioration soit suffisant pour permettre de lui accorder un congé. »

Depuis le mois de juillet de cette année, la malade présente le même état de vive agitation motrice avec des stades d'excitation plus accentués se traduisant par une sorte d'exaltation avec tendance à la colère, besoin incessant de mouvement, pas de retenue dans les paroles et dans les actes, un flux d'idées tournant toujours dans le même cercle. Elle ne travaille pas et ne peut supporter que nous lui adressions personnellement la parole, car elle entre aussitôt en fureur et invective avec violence ses interlocuteurs et nous accuse d'exciter ses voisines à lui faire des misères et à la tourmenter de toutes façons ; très vaniteuse, pleine d'elle-même, elle dénigre systématiquement toutes les personnes qui l'approchent et elle ne supporte point la plus innocente observation ; elle est, somme toute, emportée, violente, sans motif, et à la moindre occasion, agonit d'injures certaines personnes de son entourage. S'agitant presque sans cesse, elle erre dans le quartier sans but déterminé. Si elle ne nous adresse pas directement la parole, elle proteste cependant hautement tous les matins à la visite, pour que nous l'entendions et ses réclamations portent sur la nourriture, la literie, l'entourage avec lequel elle ne peut avoir aucune relation. Ses idées de persécution continuent aussi et sont encore très accentuées et c'est d'un ton méchant qu'elle nous dit : « Monsieur, depuis 1909, on me fait la guerre à outrance, on me traite, on me nomme en public comme une femme d'inconduite et on me crache au visage ».

Ailleurs elle dit : « J'ai demandé la permission d'aller sur la tombe de mon mari, mais le directeur m'a refusé cette autorisation ; il m'a fait aller le 3 avril 1912 au Tribunal civil sans ma famille pour violer mes droits ; on m'a demandé mon moyen d'existence, je n'ai jamais passé en justice et je ne dois rien à personne ; je ne suis pas une malade, je suis une volée avec une lettre d'invention. Les docteurs ne m'ont pas donné de soins depuis vingt-trois mois que je suis à l'Asile sans existence et sans vivre ; la nourriture de l'Asile ne va pas à mon tempérament ; je ne mange que deux assiettes de soupe et deux morceaux de pain sec par jour et je passe mes journées dans la cour pour éviter bien des choses ; on a défendu à ma famille de dire ceux qui l'ont apporté à l'Asile ; j'écris au chef de bureau de l'Asile et je le prie de me donner la liste de mon linge et de mes effets ; depuis vingt trois mois que je suis enfermée à l'Asile, on ne m'a pas rendu compte de mon avoir. — J'ai 64 ans, ma place n'est plus à l'Asile avec toute ma raison ».

Elle écrit aussi : « On m'a mis dans un état lamentable, j'ai des bas qui ne sont pas les miens, tous mes effets sont à la clef ; on me refuse des lunettes pour écrire ; je suis dans l'inquiétude ; je suis enfermée par malice pour soulager les autres ; j'écris au receveur ; on me garde de force ».

Nous ne trouvons pas chez cette malade de troubles de langage, ni de troubles de la mimique ; s'habillant et procédant elle-même à sa toilette, elle est toujours proprement vêtue ; les sentiments affectifs sont conservés et elle parle quelquefois de sa famille en termes émus. Elle nie toute espèce d'hallucinations ; elle n'a pas l'attitude d'ailleurs d'une hallucinée. La mémoire est excellente et on ne peut trouver, chez elle, trace d'affaiblissement intellectuel. Pas de désorientation ni allo, ni auto-psychique. — Pas de signes physiques à signaler.

Résumé. — Première admission. — Idées de persécution, interprétations délirantes nombreuses et très nettes. Quelques hallucinations de l'ouïe (injures).

Réaction mélancolique. — Tendance au suicide.

Deuxième admission. — Après un intervalle lucide de vingt-cinq ans.

Symptômes maniaques manifestes : énervement, agitation motrice, logorrhée, excitation intellectuelle, crises de colère.

Idées de persécution : interprétations délirantes multiples.

Quelques périodes de calme, mais caractère toujours extrêmement difficile ; réclameuse, vaniteuse.

OBSERVATION VI

(*Inédite.*)

Femme G..., née le 12 novembre 1835.

Première admission. — Mme G..., 47 ans, entre à l'asile d'Evreux, le 14 septembre 1882. Elle a des idées de persécution dont le début remonte à trois mois. D'abord elle a cru être empoisonnée par le safran et elle répétait constamment que sa dernière heure allait arriver. Il y a une douzaine de jours, ayant fait brûler un morceau de papier vert dans une cheminée où elle faisait sa cuisine, elle s'est figuré que ce papier contenait de l'arsenic et qu'elle avait empoisonné sa famille. Pour ce crime, elle a mérité les rigueurs de l'inquisition ; on va la jeter au cachot, la mettre à la torture, la brûler vive : de là des idées de suicide. Fréquents accès d'agitation. Elle dort peu, refuse parfois de manger de crainte d'être empoisonnée.

15 *septembre* 1882. — *Certificat immédiat.* — Délire des persécutions. On va la brûler vive, on a voulu l'asphyxier au moyen d'émanations délétères d'un papier bleu qui contenait du vitriol. Depuis longtemps, elle est empoisonnée par le safran. Ce matin on lui a fait prendre de l'arsenic dans un bol de café. Sous l'influence de ces idées délirantes, cette femme est sujette à des accès d'une agitation violente et désordonnée. Elle a eu un accès hier, quelques heures après son arrivée.

29 *septembre* 1882. — *Quinzaine.* — Délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe et agitation maniaque. On l'a empoisonnée avec du safran et de l'alcool qui contenait de l'arsenic : on l'a brûlée, on va la faire mourir à petit feu. L'idée d'une mort violente et prochaine la tourmente continuellement. Son agitation est tellement intense qu'on est obligé de l'isoler jour et nuit.

7 *octobre* 1882. — Sortie non améliorée.

Deuxième admission. 22 *mai* 1900. — *Renseignements.* — Cette malade a recouvré la raison complète en 1890.

De 1890 *au mois de février* 1900 : *état normal.* Depuis le mois de février 1900, idées constantes de persécution avec hallucinations de l'ouïe.

On va la mettre à 500 pieds sous terre avec des porcs, des chats enragés, des chiens crevés.

Tout est empoisonné chez elle, le pain, la viande, le cidre, on lui jette de la poudre de serpents, de la poussière sur elle et dans ses aliments. On a lavé son linge avec de l'arsenic pour l'empoisonner. Elle mange très difficilement.

Désordonnée, se lamente, s'excite par intervalles et devient dangereuse.

Certificat d'admission. — Lypémanie anxieuse caractérisée par des périodes de dépression, de la mélancolie, idées de persécution, perversion du goût, périodes d'agitation.

23 *mai* 1900. — *Certificat immédiat.* — Lypémanie avec hallucinations du goût et idées de persécution.

Tout est empoisonné chez elle, le pain, la viande, le cidre ; on a lavé son linge avec de l'arsenic. Elle mange difficilement parce que les aliments lui paraissent de mauvais goût.

25 *mai.* — Prie les personnes qu'elle aperçoit de ne pas lui faire de mal. Elle s'est levée la nuit dernière pour aller réveiller plusieurs de ses compagnes et demander du secours. S'alimente difficilement, car elle croit que les aliments qu'on lui donne sont empoisonnés.

5 *juin.* — Lypémanie avec idées de persécution. Cette malade présente des hallucinations de l'ouïe, des illusions du goût et de l'odorat. Elle prétend qu'on la mettra à 500 pieds sous terre, que ses aliments sont empoisonnés avec de l'arsenic.

22 *juillet.* — Elle se plaint de ne manger que des aliments qui lui empoisonnent la bouche. « On me dit que c'est du lait, mais je ne le crois pas ; il y a non seulement du poison, mais autre chose de pire, on y met des excréments. On va me faire souffrir toutes les horreurs. Tout le monde fait ses besoins ici et on me fait respirer des odeurs nauséabondes. »

5 *octobre* 1901. — Même état. Lamentations, idées de persécution.

7 *novembre* 1902. — Plus calme, se plaint toutefois de persécutions imaginaires, prétendant qu'on l'empoisonne, qu'on la fait trop manger, qu'elle est incapable de digérer les aliments qu'on lui donne

4 *avril* 1903. — Amélioration.

8 *septembre* 1903. — Décédée des suites d'une broncho-pneumonie

Résumé. — Première admission. — Idées de persécution très nettes : on a voulu l'empoisonner avec du safran, de l'arsenic. Interprétations nombreuses. *Phénomènes mélancoliques* : s'accuse d'avoir commis de nombreux crimes, accès d'agitation anxieuse, idées de suicide.

Sortie guérie. Durée de l'accès : quatre mois.

Deuxième admission. — Après un intervalle lucide

de dix ans. *Crises d'anxiété. Lamentations. Idées de persécution* assez précises, on veut l'empoisonner avec de la poudre de serpent qu'on répand sur le pain, la viande, dans son cidre ; quelques hallucinations de l'ouïe en rapport avec ses interprétations.

Décédée alors que son état mental s'était amélioré.

OBSERVATION VII

(*Inédite.*)

Quin..., veuve Toi..., née le 15 mars 1849, entre une première fois à l'asile d'Evreux, le 21 *mai* 1887, à l'âge de 38 ans, avec le certificat d'admission suivant : « Atteinte depuis plus d'un mois de la monomanie de la persécution. Elle croit qu'on va la tuer elle et sa fille pour s'emparer de sa fortune ».

Première admission. — *Certificat immédiat.* — Lypémanie caractérisée par de la panophobie, des hallucinations de la vue, de la dépression intellectuelle, de l'insomnie, des impulsions au suicide.

» Elle s'effraie de tout, ose à peine répondre aux questions qu'on lui adresse, se figure que des voleurs s'introduisent chez elle pendant la nuit, qu'on va la faire mourir, que sa dernière heure est arrivée. Elle se jette dans les bras de toutes les personnes qu'elle aperçoit pour leur demander grâce.

» L'anxiété continuelle dans laquelle elle vit, la prive de repos et de sommeil. » (Dr Brunet).

4 *juin* 1887. — *Quinzaine.* — Lypémanie. Elle est toujours en proie aux mêmes idées panophobiques et ne présente aucune amélioration. Sa physionomie exprime le désespoir et la terreur. Elle croit qu'on a assassiné sa fille et qu'on va la tuer elle-même. Elle attend son supplice et dans cette crainte, elle vit à l'écart, n'ose pas parler, ne veut se livrer à aucun travail.

29 *novembre* 1887. — Sortie à la demande de son père, très notablement améliorée.

Deuxième admission : 10 *avril* 1899. — Elle est retombée malade depuis quinze jours. Idées d'indignité et craintes de toute espèce. Elle a trompé le bon Dieu, a commis des fautes graves envers ses parents, croit que ceux-ci sont tous morts, se figure qu'elle est poursuivie par des bouchers qui veulent l'égorger. Sous l'influence de ces craintes, elle cherche sans cesse à s'échapper de sa maison, elle y a réussi avant-hier et on l'a retrouvée à 20 kilomètres de son domicile. Insomnie et

cauchemars. Alimentation difficile. Réglée régulièrement. A chaque époque menstruelle, elles présentait des symptômes nerveux, surtout de l'agitation.

Certificat immédiat. — Lypémanie anxieuse caractérisée par de la panophobie, des idées de culpabilité et de damnation, de l'agitation et de l'insomnie.

Elle est très tourmentée, ne tient pas en place, gémit continuellement, cherche à se sauver pour fuir les meurtriers par lesquels elle se figure être poursuivie.

20 *avril.* — Se figure qu'on va la tuer, se débarrasser d'elle parce qu'elle a volé. Toute sa famille est morte, son père et sa mère sont tués. Elle sera damnée parce qu'elle a signé des billets. Alimentation difficile : puisqu'elle doit être tuée prochainement, il est inutile qu'elle mange.

24 *avril.* — *Quinzaine.* — Lypémanie. Elle présente un peu moins d'anxiété, mais continue à être en butte à des craintes délirantes et à des idées de ruine et de culpabilité. Alimentation toujours difficile.

27 *avril.* — On va la tuer ; les bouchers la saigneront. Voyant une lettre de sa famille, elle s'écrie : « Mes parents demandent si je vais être bientôt morte ».

10 *mai.* — Elle attend la guillotine, refuse de voir les médecins, croyant que sa dernière heure est arrivée.

8 *juillet.* — Toujours mélancolique, mêmes idées délirantes.

8 *novembre.* — Très améliorée, raconte qu'elle a été malade, que sa famille est en bonne santé, qu'elle était folle de croire à la mort de sa fille.

13 *novembre* 1899. — Sortie guérie.

Troisième admission : 29 *septembre* 1900. — *Certificat immédiat.* — Lypémanie anxieuse. Sous l'influence d'un délire panophobique très intense, elle ne tient pas en place, se désole, réclame la mort, pousse des gémissements continuels.

7 *septembre.* — Elle répète du matin au soir qu'on va couper en morceaux ses petits enfants : ils sont morts ; vont-ils aller au ciel, car ils ne sont pas martyrs de la foi. Elle est dans la misère, la malédiction est sur elle. Si on voulait la tuer, on lui rendrait service.

Son gendre a ourdi un complot contre elle, lui a fait toutes les misères possibles, son beau-frère est un assassin et un voleur. On l'a fait enfermer en lui administrant de l'opium.

12 *décembre.* — *Certificat de situation.* — Lypémanie anxieuse avec panophobie, idées de ruine et de persécution. Le délire dont elle est affectée est curable et la malade n'offre jusqu'à présent aucun signe d'affaiblissement intellectuel. Rien ne s'oppose à ce qu'elle sorte guérie

de l'accès actuel. Quant à l'avenir de cette malade, il est prudent de le réserver, car, étant donnée la forme intermittente que revêt son délire, il est à craindre qu'elle ne rechute plus ou moins longtemps après sa sortie de l'asile.

17 *décembre.* — Agitée, pousse des cris, prétend qu'un membre de sa famille la retient ici sans raison.

1er *avril* 1901. — Agitée, ne cesse de crier et de dire des injures.

23 *avril.* — Calme, s'occupe à la couture.

15 *juin.* — Agitée de temps à autre, prétend qu'elle n'a jamais été malade et se plaint d'avoir été l'objet d'une vengeance.

21 *juillet.* — Période d'excitation, pousse des cris, dit des injures, menace de tuer le directeur de l'Asile.

19 *août.* — Agitée, se plaint d'avoir été internée par vengeance, accuse le directeur d'y avoir prêté la main.

23 *août.* — Excitée, répète constamment que sa famille l'a volée qu'elle ne sait pas ce que ses enfants sont devenus.

8 *octobre.* — Accuse son beau-frère de lui avoir volé des titres de rente avec la complicité de son gendre. Ils ont essayé de l'empoisonner avec de l'opium.

25 *avril* 1902. — Après un certain temps de calme, nouvelle période d'excitation. *Très persécutée*, prétend qu'on massacre ses petits-enfants, qu'on tue sa fille. Elle s'étend de tout son long dans le préau ou circule en causant seule. On l'a trouvée, la bouche et les mains pleines de fragments de verre qu'elle voulait avaler.

7 *mai.* — Depuis huit jours elle est déprimée, sombre, ne dit pas une parole, se cache la figure derrière un pan de son tablier, pleure souvent en disant qu'elle est très malheureuse, qu'on a tué ses petits-enfants, que la mort serait pour elle une délivrance.

9 *mai.* — Présente des idées de suicide. On a trouvé sur elle une corde avec laquelle elle avait l'intention de se pendre.

10 *août.* — Excitation très intense, pousse des cris, prétend qu'on a massacré ses enfants.

2 *octobre.* — Déprimée, triste, taciturne. Le directeur va la massacrer.

17 *mai* 1903. — Sa fille et ses enfants sont morts. On lui montre une lettre de sa fille demandant de ses nouvelles, elle se refuse à croire à la réalité de cette lettre en soutenant que sa fille est bien morte. La malade s'attend tous les jours à être elle-même assassinée.

26 *mai.* — Toujours très persécutée, prétend qu'on fait de la bou-

cherie dans les caves de l'établissement, qu'elle sent une odeur de cadavre par les soupiraux, ce sont les cadavres de ses enfants.

31 *juillet.* — Même état délirant, maigrit, mange peu.

2 *octobre.* — Elle écrit des lettres très délirantes où elle se montre très interprétante : il se passe à l'asile des crimes affreux, Deibler lui-même n'en fait pas autant.

6 *février* 1904. — Les médecins de l'asile sont des bourreaux patentés qui ont tué sa famille ; elle s'attend à tout de leur part.

25 *juillet.* — Quand elle est excitée, elle écrit des vers adressés au directeur, au médecin-adjoint, à l'économe, dans lesquels elle raconte les faits d'assassinat qui se passent journellement à l'asile.

19 *janvier* 1906. — Loquace, cause avec abondance et volubilité. S'amuse à tirer les cartes et à prédire le sort de tout le monde.

15 *juillet.* — Elle raconte au sujet de son gendre l'histoire suivante : « Je le vis arriver un jour chez moi. Il entra dans ma chambre portant un matelas ; dès son entrée il ferma la porte à double tour et mit la clef dans sa poche. Je lui dis : que voulez-vous faire ? Il me répondit : tu vas coucher avec moi. Je lui résistai de toutes mes forces et lui annonçai que s'il me violentait, je me précipiterais par la fenêtre. Je n'avais plus que cette ressource. Je me mis sur le matelas faisant semblant de dormir. Il resta alors assis sur une chaise et ne bougea plus. » (Interprétations rétrospectives.)

14 *août.* — Excitée, réclame sa sortie.

13 *septembre.* — Mêmes idées à l'égard de son gendre.

20 *décembre.* — Elle prétend que des visiteurs viennent à l'asile et qu'on les empêche d'entrer. Elle a vu notamment M. M. L., député, se présenter ici, mais le directeur et les internes lui ont refusé la porte.

3 *mars* 1907. — Elle accuse un chef de division de la préfecture de s'entendre avec son gendre pour la maintenir à l'asile. Le directeur ne veut pas la laisser sortir parce qu'il a du bénéfice sur la pension qu'elle paie ici.

1er *juin.* — S'est agitée dans la journée, ne tient pas en place, injurie les infirmières, les sœurs, les médecins.

27 *septembre.* — Se figurant que sa sœur est de connivence avec ses ennemis pour la laisser à l'asile, elle a refusé un colis et une lettre que celle-ci lui avait adressés.

9 *mars* 1908. — Elle émet de nombreuses accusations contre les médecins de l'asile. Elle traite l'un deux de Fouquier-Tinville. Un autre lui a fait, dit-elle, des propositions déshonnêtes et elle l'a appelé

grand cochon. Le directeur la garde par intérêt. Il y a des années que, grâce à lui et à son gendre, elle côtoie ici le vice et le crime.

Elle est extrêmement irritable et se met en colère aussitôt qu'on lui adresse la parole.

15 *avril*. — Elle écrit aujourd'hui au directeur, une lettre dans laquelle elle se plaint d'une aliénée de sa division, de ses agissements à son égard, de vols d'un chapeau de velours, d'une jaquette, de mouchoirs, commis à son détriment par cette même personne. Sa lettre se termine ainsi : je suis bafouée, méprisée dans cette maison et tenue prisonnière.

17 *avril*. — Excitée depuis hier, à la suite du départ d'une aliénée de sa division sortie guérie ; se montre loquace, réclameuse, désagréable, dit des injures, se plaint de ses voisines.

3 *juin* 1909. — Elle proteste contre sa séquestration, récrimine contre tout le monde, médecins, personnel, autorités. Réclamations multiples et incessantes. Calme en ce moment ; s'occupe. Accidents syncopaux dus à l'artériosclérose.

20 *juillet*. — Assez tranquille, mais extrêmement soupçonneuse, susceptible, irritable. Il faut avoir soin de la ménager pour la maintenir au calme.

6 *août*. — La malade ayant adressé au Tribunal une demande de sortie, a reçu une convocation à l'effet de comparaître aujourd'hui en chambre du conseil, mais elle a refusé de se laisser conduire à l'audience prétendant que c'était un nouveau tour qui lui était joué par ses ennemis et qu'il appartenait à ses avocats de faire le nécessaire en vue d'obtenir sa mise en liberté.

26 *février* 1910. — Transférée dans un autre établissement pour contre-expertise, conformément à un jugement du Tribunal.

Nota. — La contre-expertise n'a pas dû être favorable à Mme T..., car un an après son départ de l'asile, elle écrivait, à la date du 14 février 1911, à M. le Procureur de la République d'Evreux, une lettre demandant sa sortie de l'asile de X..., où elle avait été transférée.

Résumé. — A 38 ans, premier accès de mélancolie anxieuse qui dure six mois (ébauche d'idées de persécution).

Douze ans après, deuxième accès de mélancolie anxieuse également très prononcé ; durée : dix mois.

Un an après, troisième internement : symptômes mélancoliques très nets, et idées de persécution nettement formulées.

L'agitation maniaque fait suite à la mélancolie.

Puis les crises d'agitation, de dépression se succèdent, plus ou moins longues, au cours desquelles elle se montre comme une persécutée interprétante, et même revendicatrice, par les nombreuses demandes de sortie qu'elle adresse aux autorités judiciaires. Pas d'hallucinations.

Pendant les périodes de calme, elle n'a plus d'idées de persécution, mais son caractère est toujours difficile, susceptible, méfiant, querelleur, vaniteux.

OBSERVATION VIII

(Anglade)

Léontine B..., divorcée, entre à l'asile le 28 mai 1909. Nous n'avons aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires et personnels.

28 *mai* 1909. — Pleure ; n'a pas voulu manger, a bu seulement un bol de bouillon : « J'ai du chagrin d'être ici ; je ne sais pas où je suis ». Triste, déprimée, garde le lit.

29 *mai*. — « Je m'appelle Léontine B..., j'ai 33 ans, pas tout à fait, je les finirai le mois prochain. Je faisais des ménages et je gardais un petit bébé. Je l'ai quitté quand je me suis jetée à l'eau... Avant j'étais dans un restaurant comme bonne... Je l'ai quitté parce qu'il n'y avait pas assez d'air, j'avais mal à la tête... Mon père, s'il vit, je ne sais pas... J'ai reçu une lettre me disant qu'il était mort empoisonné en mangeant des cèpes... Il se grisait souvent... Ma mère ne se portait pas bien, elle avait souvent des faiblesses de la tête. Je n'ai rien eu jusqu'à 20 ans. Je suis allée à l'école jusqu'à 12 ans. J'ai appris à lire et à écrire, mais j'apprenais avec difficulté. »

B... fait correctement une addition simple, mais ne peut faire une petite multiplication.

« J'ai eu une fille à 19 ans, mais pas avec mon mari ; elle est morte... j'ai quitté mon mari parce qu'il me battait... On me faisait des misères, on me disait que j'étais fainéante.

D. — Depuis quand ne travaillez-vous pas ? — R. — Depuis que je m'étais jetée à l'eau... On me faisait des misères ; j'étais mal avec tout le monde... Une femme me disait : « Vache, putain ; sortez-moi cette gueule de devant moi ». Elle disait des méchancetés partout où j'allais.

D. — Pourquoi ? — R. — Je ne sais pas, je lui ai rien fait. J'aurais

fait 20 kilomètres pour lui rendre service. Une jeune fille de chez moi aussi se mettait avec elle et elle disait qu'elle voulait me battre. Oui, je les entendais sans les voir.

D. — Les infirmières de l'hôpital s'entendaient-elles avec ces deux personnes ? — R. — Je ne sais pas.

D. — A-t-on essayé de vous empoisonner ? — R. — Non, monsieur.

D. — Vous ne sentez rien d'anormal dans votre corps ? — R. — Rien, monsieur.

D. — Et dans la tête ? — R. — Ça me travaillait, j'avais mal à la tête.

D. — Vous êtes-vous plainte au commissaire ? — R. — Non, monsieur.

D. — Que leur avez-vous fait à ces femmes ? — R. — Rien, je me contentais de pleurer ; je n'ai jamais répondu.

D. — Buviez-vous ? — R. — Je ne buvais jamais entre les repas.

D. — Avez-vous vu des fantômes, des flammes ? — R. — Non.

D. — Pourquoi ne mangez-vous pas ? — R. — Je ne veux pas manger parce que je ne veux plus vivre.

Au point de vue somatique on ne trouve aucune lésion pathologique importante.

Certificat de 24 heures. — « Paraît atteinte de mélancolie caractérisée par de la douleur morale, une humeur triste, des idées délirantes entretenues par des hallucinations surtout auditives. Ces idées constituent même un système délirant et la malade se dit persécutée par des femmes qui depuis longtemps s'acharnent après elle. C'est une circonstance aggravante d'un état mental qui demeure cependant curable. Les réactions ont été mélancoliques et non paranoiennes. Appoint de débilité mentale.

12 *juin.* — « Il y a huit jours que je suis ici ». — « Pas plus de quinze jours ? » — « Je ne sais pas. »

La date ? — Je ne sais pas.

Quand êtes vous entrée ici ? — Au mois de juin.

On voulait vous tuer ? — S'ils avaient pu, peut-être.

Avez-vous senti mauvais goût dans vos aliments ? — Non, jamais.

Vous a-t-on insultée ? — Oh, oui. *Dans la rue elle parlait avec une autre femme, elle disait du mal de moi.*

Vous l'entendiez ? — Non, *mais je le comprenais.* Un jour elle était enfermée chez elle avec une voisine, moi j'étais dans l'escalier ; je les ai surprises ; j'ai écouté dans l'escalier et elles disaient toutes sortes de choses de moi, que j'étais une fainéante, une gourmande, que j'étais pourrie comme un fumier. La nuit j'ai entendu monter au-dessus de ma chambre, je ne me suis jamais inquiétée de savoir qui c'était... *non je n'ai jamais rien vu.*

Avez-vous senti de mauvaises odeurs ? — Oh ! si ; un *matin elle m'attendait dans l'escalier avec son vase de nuit à la main. Elle disait qu'elle voulait me payer la goutte avec ça.*

N'avez-vous rien ressenti de bizarre dans votre corps ? — Non, rien.

14 *juin.* — Pleure, n'a pas voulu manger hier au soir, demandait que l'on l'étrangle... « Je n'étais pas malade quand je suis entrée. C'est ici qu'on me rend malade. Je veux m'en aller toute seule, je ne veux voir personne. Tout le monde me fait des misères, personne ne veut me voir, eh bien ! moi non plus. »

18 *janvier* 1910. — « Je ne veux voir personne, on m'a fait trop de misères ». Toujours ou presque toujours cachée sous ses couvertures ou sous son mouchoir. Se met en colère quand on veut la découvrir.

23 *avril.* — Déprimée, hargneuse, se cache toujours, crache à la figure de ceux qui l'approchent ; très mauvais état général ; très amaigrie, s'alimente mal ; taches purpuriformes aux membres inférieurs ; au niveau du mollet et du creux poplité gauche on note un gonflement très douloureux de ces régions.

26 *mai.* — La jambe gauche est toujours gonflée, douloureuse, avec teint ecchymotique. La droite commence également à être douloureuse et à augmenter de volume. Impossible de l'examiner « Laissez-moi, laissez-moi... que vous ai-je fait ? Vous êtes un méchant, une canaille. Que vous ai-je fait ? Vous êtes tous des canailles, les hommes ». Impossible d'obtenir d'autres réponses.

29 *novembre.* — « Criminel, maquereau, sale assassin, sale chameau... Je ne vous pardonnerai jamais ce que vous m'avez fait souffrir. Que vous ai-je fait ? Sale bandit; si j'avais su, je ne vous aurais pas supporté deux mois. Une putain, ni une vache n'est pas digne de parler avec vous ». Se cache toujours sous les couvertures ; à peu près inabordable.

4 *février* 1911. — Hier, dans l'après-midi, à peu près brusquement, change son humeur triste et hargneuse en *humeur gaie* et son immobilité, en une *agitation motrice très vive.* B... a chanté et dansé une partie de l'après-midi et de la nuit. Ce matin, l'humeur est gaie ou colère ; la malade est animée, crie, gesticule : « Toi, tu es un cochon et Regis, la sœur, est Marie de Gigon... Ce gros couillon de Bacarisse... » Incohérente, très agitée.

6 *mars.* — L'agitation est plus modérée, mais B... crie beaucoup ; très grossière.

Comment allez-vous ?... Je t'emmerde. — Tu peux écrire toi et ton putain de crayon... Vous êtes des docteurs, vous êtes des andouilles.. *Vous faites tout pour me faire crever...* Voilà vingt mois que je suis ici, je ne suis ni folle, ni idiote.

Qu'est-ce que nous vous faisons ? — Tout ce qu'il faut pour me faire crever..., chameau..., assassin..., bougre de salaud.

Mais quoi ? — Merde, merde, merde... tu la connais celle-là. C'est Marie Labonne (faux). Toi tu es Marcelin Priam et ton frère s'appelle Gentil... ça vous emmerde que je dise la vérité ».

6 *juillet.* — Toujours agitée, crie presque continuellement : « Merde, toi, procureur de la République de merde. »

Qui suis-je ? — Tu es un con... Tu es le maire d'Eauze... Tu m'as donné de l'argent pour payer ma sage-femme... fainéant... gros porc.. gourmand.

Vous a-t-on pris quelque chose ? — Mon cul... Dis à Taupin qu'il vienne me branler les cheveux parce que j'ai perdu la clef (incohérente), bougre d'andouille... bougre de putain... »

16 *août.* — Depuis quelques jours, réelle amélioration. Encore logorrhéique et grossière mais s'occupe régulièrement la plus grande partie de la journée.

Depuis cette époque, l'amélioration a progressé et, tout à fait guérie, B... quitte l'asile le 28 octobre 1911.

En résumé, Léontine B... a présenté une longue période de dépression de dix-neuf mois environ, et était tombée dans un état de cachexie au mois de mai 1910 qui pouvait faire craindre pour son existence ; puis, à partir de février 1911, une crise d'agitation maniaque est survenue qui a duré jusqu'à la fin août de la même année.

Pendant toute la durée de cet accès à double forme, les symptômes paranoiaques ont été toujours très accusés : idées délirantes de persécution basées sur des interprétations, avec peut-être quelques hallucinations de l'ouïe, confirmatives, et réactions violentes.

OBSERVATION IX

(Dubourdieu.)

L. M..., domestique, née en 1869 ; entre le 26 mai 1903 à l'asile Château-Picon pour un accès de manie avec agitation très violente. Refus d'aliments. Cet accès, qui était le premier, dura jusqu'au 20 jan-

vier 1901. Au moment où elle commençait sa convalescence, la malade se mit à mal interpréter les faits qui avaient précédé l'éclosion de sa maladie (on lui avait fait prendre quelque chose pour la rendre malade).

Après la guérison de l'accès, pendant toute la durée de l'intervalle lucide, qui fut de cinq ans, elle garda *un caractère ombrageux et difficile.*

Le 18 décembre 1908, deuxième accès, qui débute par un délire de persécution à base d'interprétation et avec idées d'empoisonnement. Cet état délirant, avec un aspect plutôt mélancolique, se poursuit jusqu'au 15 janvier ; à ce moment-là, la malade devient tout à fait désordonnée et incohérente, et l'accès de manie suivit sa marche. En 1909 la malade était en convalescence de son deuxième accès.

OBSERVATION X

(Doutrebente. *Ann. Méd. psych.*, 1882, p. 194.)

M. D... Louis, aujourd'hui âgé de 56 ans, négociant, originaire du Nord de la France et domicilié à R..., a fait cinq séjours dans une maison de santé depuis vingt-cinq ans.

D'une taille moyenne, le thorax et les membres bien conformés, M. D... jouit habituellement d'une bonne santé physique ; mais si on examine la conformation extérieure du crâne, on constate une microcéphalie évidente avec aplatissement de la région frontale. L'indice céphalique calculé suivant la méthode de Broca, donne 74 et répond à un crâne long ou dolichocéphale.

Les renseignements recueillis sur la famille de notre malade, nous ont appris que son père avait présenté les mêmes particularités morbides, que nous décrirons plus loin ; mais après un certain nombre d'accès, il devint impossible de distinguer les périodes de manie ou de mélancolie et les intermittences. Les enfants de M. D... ne présentent rien de particulier, si ce n'est que le plus jeune a un pied bot.

Dès l'enfance, notre malade passait déjà pour un peu bizarre et présentait des variations d'humeur presque périodiques ; il a pratiqué sur une large échelle l'école buissonnière, désertant la famille ou le collège pour vivre à l'aventure comme un vagabond, sans but avouable et sans motif précis. Quand il ne réussissait pas à s'évader, on le trouvait triste, songeur et absolument inactif. Puis brusquement il se remettait au travail avec une ardeur fébrile, essayant, pendant un mois ou deux, de regagner le temps perdu ; on le voyait, alors, m'a dit son frère, déployer des ressources intellectuelles qu'on refusait de lui accorder en temps ordinaire. Les études faites ainsi, à bâtons rompus, constituent à M. D... une demi-instruction assez étendue mais superficielle en toute chose.

Premier accès. — Vers l'âge de 25 ans, D... a présenté tous les symp-

tômes d'une manie congestive avec surexcitation des facultés intellectuelles et conceptions délirantes de nature orgueilleuse ; il se lance alors dans des opérations financières et industrielles qui devaient lui rapporter de gros bénéfices ; mais pendant ce temps, son fonds de commerce périclite ; il ne s'en préoccupe pas le moins du monde et cherche querelle à sa femme qui, cependant, à elle seule, fait encore marcher la maison de commerce. Au bout de quelques semaines, il abandonne sa famille, se rend à Paris pour mettre ses grands projets à exécution, il réussit rapidement à se faire prendre par la police en pleine période d'excitation maniaque. Placé pour la première fois dans une maison de santé, il ne tarde pas, au bout d'un mois, à présenter les signes les plus évidents d'une amélioration assez notable ; à l'agitation succède le calme le plus complet et cela assez brusquement. A ce moment on espérait presque la guérison, mais le médecin traitant ne tarda pas, au bout de quelques jours, à remarquer que cette accalmie ne présageait rien de bon ; D... ne parlait plus, ne manifestait aucun désir, et, progressivement, marchait vers un état de stupeur mélancolique pendant lequel il ne fit plus un mouvement volontaire, se laissant soigner et nourrir comme un enfant. Cette période de mélancolie aiguë dura encore un mois et disparut dans le cours du mois suivant, où M. D... revint à l'état normal.

Pendant quatre ans et neuf mois, M. D... a pu reprendre la direction de ses affaires en y apportant, m'ont dit son frère et son fils, tout le calme, le sang-froid et le discernement nécessaires pour la bonne gestion de toute entreprise commerciale ; il était parfaitement guéri.

Deuxième accès. — Puis, sans cause occasionnelle apparente, son caractère change, il cherche dispute à ses parents, querelle sa femme, néglige ses affaires tout en parlant d'en décupler le chiffre ; l'agitation survient avec le besoin exagéré de locomotion et les idées ambitieuses. Placé immédiatement dans une maison de santé, D... n'eut pas le temps de dilapider sa fortune et de déprécier son commerce, comme il l'avait fait au premier accès. Suivant le dire des parents, la maladie aurait suivi la marche décrite plus haut, chaque période ayant une durée d'un mois. Toutefois, comme M. D..., était inoffensif dans l'état de mélancolie, il fut mis en liberté trente-cinq jours après la seconde séquestration.

Troisième accès. — Dix ans après le début du premier accès, alors que le malade était âgé de 35 ans, il fallut de nouveau placer M. D... dans la maison de santé où il est encore aujourd'hui ; les notes médicales que nous avons trouvées sur ce troisième accès sont fort courtes et se réduisent à ces quelques mots : « Rien de particulier à signaler dans l'état mental, si ce n'est qu'il est la reproduction exacte de ce que nous avons déjà observé lors de la deuxième séquestration. »

Quatrième accès. — Il présente ceci de particulier, c'est qu'il n'a pas été observé par la famille et les médecins habituels, le malade avait alors 42 ans. Son humeur vagabonde paraissant atténuée, par le progrès de l'âge, inspirait moins d'inquiétude à sa famille, lorsque

après quarante-huit heures de changement dans ses habitudes et une légère irritation, il disparut du logis pour n'y revenir qu'au bout de six mois. C'est pendant la guerre que D... fit cette fugue ; la famille qui se trouvait dans la portion de la France envahie par l'ennemi, ne put faire que des tentatives infructueuses pour savoir ce qu'il était devenu ; elle est persuadée que pendant son absence, D... a été placé dans un asile d'aliénés du Midi de la France, d'où il a réussi à sortir soit par évasion, soit par suite de guérison. Le malade, interrogé à cet égard, n'a jamais fourni d'explications catégoriques ; il est vrai de dire que D... n'avoue pas facilement ses nombreux séjours dans une maison de santé et que, même dans les périodes d'intermission, il évite de parler d'accidents névropathiques dont alors il a conscience. *Pendant la période d'excitation, il crie à la séquestration arbitraire et fait plaintes sur plaintes au procureur de la République* ; quand il rentre chez lui, il oublie tout pour se remettre au travail et vivre tranquillement en bon père de famille.

Cinquième accès. — Nous avons observé l'année dernière le cinquième accès, survenu après neuf ans d'intermission ; *l'agitation a duré trois mois et s'est continuée pendant quelques jours avec des alternatives de calme et d'agitation, comme on l'observe parfois chez les fous raisonnants qui se prétendent persécutés par leur famille et qui protestent contre leur séquestration* : « *C'est dans le but de me dépouiller et de dilapider ma fortune que ma femme m'a fait séquestrer.* »

Les parents trouvaient que l'accès durait d'une façon insolite et craignaient que, à l'exemple de son père, M. D..., ne finisse par rester malade sans période d'intermittence ; ils attendaient avec impatience le retour de la période de mélancolie pour faire sortir le malade ; habitués qu'ils sont à compter les jours, ils manifestent souvent par lettres, l'étonnement que leur cause la prolongation du séjour. Enfin, après cent dix jours de séquestration, D... devenant calme, puis profondément mélancolique, la famille réclama sa sortie. Quatre mois après, notre malade avait repris ses occupations antérieures et jouissait au physique et au moral d'une santé parfaite.

OBSERVATION XI

(Dubourdieu.)

C... V., femme de chambre, née en 1865. Ne présente rien d'intéressant à signaler au sujet de ses antécédents héréditaires.

En 1892, premier accès de manie, occasionné par la lactation. Internée à l'Asile de Montauban, la maladie dura huit mois.

En 1905, est soignée à l'Asile de Château-Picon, pour un deuxième accès de manie. Durée : quatre mois.

En 1908, troisième accès de manie, avec délire de persécution à

forme raisonnante : la malade, sous l'influence de ces conceptions délirantes, entre en procès avec plusieurs personnes qu'elle accuse d'avoir voulu la frustrer de l'héritage de son père, pour la réduire, elle et sa fille, à la plus profonde misère. Sort guérie de cet accès, le 22 juillet 1908.

OBSERVATION XII

(Prof. Bleuler. *Psych. Neurol. Wochensch.*)

Agent de change, né en 1847. Tante, cousin, cousine, du côté paternel, mélancoliques.

Silencieux, chaste, vigoureux. En février 1889, insomnie, anxiété. *En mai* 1889, *délire de persécution* : on lui donne du poison, on veut l'étourdir pour lui faire signer des billets. Tout le monde lui veut du mal. Le médecin lui a donné des douleurs rhumatismales, etc.

De l'été 1890 à mars 1898, complètement normal. Il avait étendu ses affaires et tout allait bien. En 1898, après une opération subie par son fils, soucieux outre mesure, plein d'anxiété, sans sommeil ; *idées mélancoliques de ruine, qui bientôt furent complètement remplacées par le délire de persécution ; les plus petits comme les plus grands événements signifiaient toujours pour lui qu'on le persécutait, qu'on en voulait à sa vie.* Il se sent innocent ; rarement seulement une idée mélancolique de péché. En février ou mars 1900, amélioration assez rapide. Complet discernement. *Etat hypomaniaque* au début très manifeste, s'atténue peu à peu. Le malade reprend la direction de ses affaires à partir de l'automne 1901, quoique, sur notre conseil, dans un rayon moins étendu.

La teneur paranoïde des idées délirantes avait fait accepter l'idée d'une maladie incurable. Mais au deuxième accès, il fut facile, d'après nos connaissances actuelles, de faire le diagnostic de maladie périodique : paralysie psychique, continuelle rumination des mêmes idées, absence complète d'initiative, manifestations motrices réduites à des expressions d'anxiété (continuel va-et-vient dans la chambre par horreur d'aller au dehors, incessant bavardage sur ses idées délirantes), au début les accès parurent être des accès de mélancolie ordinaire : quelques idées délirantes mélancoliques apparurent aussi dans la suite, et l'exaltation maniaque après le cours du deuxième accès prouvait l'exactitude de la classification clinique attribué à cette maladie.

OBSERVATION XIII

(Dubourdieu.)

B... Marie, femme G...

Née le 31 janvier 1873, sans profession. Entre le 17 juillet 1902 à l'Asile d'Aliénées de Château-Picon.

Antécédents héréditaires. — Son père est âgé de 57 ans ; c'est un alcoolique et un violent. Sa mère a 54 ans, se porte bien ; n'est pas nerveuse. Rien à signaler dans les branches collatérales.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été intelligente ; mariée à 19 ans, elle a eu deux enfants, une fille qui a actuellement 9 ans, qui aurait eu quelques convulsions pendant son enfance et un garçon qui est mort à 3 ans, de diphtérie et méningite.

Réglée à 15 ans, sa menstruation s'est toujours effectuée d'une façon normale.

Les accouchements et leurs suites ont été également normaux.

Elle nie tout excès alcoolique. Au dire de son mari, elle aurait toujours été très sobre.

Elle avait fréquemment des migraines, et était de temps en temps tracassée par des névralgies. *D'un naturel très vif, elle se mettait facilement en colère*, mais s'accordait parfaitement avec son mari ; elle n'a jamais fait de maladie grave.

Histoire de la maladie. — Premier accès. — En 1894, elle aurait eu un premier accès d'aliénation mentale, six mois après l'accouchement de son premier garçon qu'elle nourrissait. Elle fut obligée de suspendre l'allaitement. L'accès aurait eu une durée d'un mois et n'a pas nécessité l'internement. Pendant ce laps de temps, la malade paraît avoir été dans un état de mélancolie anxieuse.

Deuxième accès. — En 1898, nouvel accès de mélancolie anxieuse. Le médecin qui la soignait attribue la maladie à une insolation. Dans cette crise, la malade fit une tentative de suicide, avait des impulsions méchantes.

Troisième accès. — En 1901, troisième accès qui dura environ trois semaines ; il débuta à la suite d'une grande frayeur : incendie au village.

Quatrième accès. — Premier internement. — Enfin l'accès actuel dont le début remonte au 15 mai 1902. On ne peut invoquer comme cause occasionnelle qu'une chute, d'ailleurs assez bénigne, que la malade avait faite dans un escalier. Il faut noter qu'elle avait ses époques au moment de la chute.

Certificat d'entrée. — Folie d'origine hystérique, depuis un certain temps, ses idées sont devenues étranges et sa maladie paraît avoir augmenté à la suite de chagrins que lui causa la mort d'un de ses enfants. Depuis lors, elle se figure que son mari est son ennemi, qu'il lui a fait toutes les misères possibles. Elle l'a pris en horreur et ne cache pas son désir de le tuer. Elle aurait fait des tentatives d'homicide. Elle a des impulsions au suicide et s'est précipitée dans un trou profond pour se donner la mort.

Certificat de vingt-quatre heures. — Lypémanie. Etat *de dépression mélancolique. Accuse des idées de persécution ; son mari lui a fait avaler*

des drogues pour la rendre malade. Mange mal. Trouve du poison dans sa soupe. Se croit condamnée et attend la sentence. *Réservée. Défiante.*

Certificat de quinzaine. — Lypémanie ; anxieuse, s'inquiète de tout, *s'attribue ce qu'elle voit et entend.* Se plaint constamment, entend des menaces. Agitée. Se déshabille. Besoin de mouvement.

Examen de la malade. Le 18 *juillet* 1902. *Etat mental.* — Elle n'a rien à se reprocher, mais il y a une sentence à rendre contre elle. « Si je racontais ma vie, depuis qu'on me donne des choses à boire... qu'on m'a mis ce matin du poison dans ma soupe ». A refusé de manger hier soir.

Elle était aux cellules à l'hôpital. On a cherché à lui faire prendre des affaires pour lui faire mal.

Tout le monde lui en veut, son mari surtout. Elle a trop de choses à lui reprocher. Elle croit, ou fait semblant de croire que sa fille est morte. Défiante, soupçonneuse, elle se livre mal, a peur d'en dire trop : elle *interprète tout dans le sens de son délire.* Est inquiète « ... s j'en dis trop, c'est ma sentence qui est prononcée ».

Elle regarde tout le monde, l'un après l'autre ; paraît avoir des illusions. Prend l'interne pour son mari.

Elle prétend avoir eu des cauchemars, sans zoopsies nettes ; mais l'onirisme hallucinatoire était évident : elle voyait du feu, des flammes, des incendies, elle croyait voir autour d'elle des individus qui prononçaient des discours, dont elle ne pouvait saisir le sens. Ce rêve l'effrayait, et, se réveillant, elle restait sous l'impression d'une profonde terreur.

Son sommeil est donc très troublé : « La moindre des choses que je m'assoupis, je dors mal, je rêve à ma situation, à mon triste sort ».

Elle nie avoir cherché à faire mal à son mari ; elle l'a peut-être frappé, mais c'était pour se défendre. Son mari était brutal, il la frappait. Elle n'a jamais cru qu'il l'aimait ; elle a essayé de se faire du mal avec un couteau, elle voulait se tuer. Elle ne paraît pas avoir cédé à des hallucinations terrifiantes ou impératives ; c'était, dit-elle, pour disparaître ; elle avait assez de la vie.

Elle croit que son mari était marié et divorcé plusieurs fois avant de se marier avec elle et qu'il devait avoir des enfants avec d'autres femmes. C'est pour cela qu'il ne l'a jamais aimée.

Examen somatique. — La malade, indocile, ne veut pas se laisser examiner.

Paraît avoir du tremblement des doigts, les bras étendus. Pupilles inégales, la droite plus grande que la gauche. Réflexes pupillaires normaux à la lumière et à l'accommodation.

Pas de troubles de la parole.

Elle aurait eu des crampes, des défaillances musculaires dans les mollets.

Vomissements bilieux le matin (?).

Quelques varicosités de la face, onychophagie. Réflexes patellaires vifs et égaux des deux côtés.

Urines troubles, pas de sucre, mais traces d'albumine.

25 *juillet*. — Très agitée, la nuit surtout, pousse des cris. Langage décousu et prolixe. Dans la journée, se déshabille. Embarras gastrique.

1er *août*. — S'attribue ce qu'elle entend dire aux autres malades. Se plaint de tout le monde. Confusion de la mémoire. Excitation nerveuse. Ne peut rester en place. Se mord les doigts.

3 *août*. — Disparition de l'albumine dans les urines.

10 *août*. — La malade est beaucoup mieux.

25 *août* 1902. — Sort très améliorée.

Cinquième accès. — Deuxième internement. — Cette malade reprend la vie de famille jusqu'au 28 juin 1906 où elle est réintégrée à l'Asile.

Voici les renseignements fournis par son médecin traitant : « *Première crise* il y a treize ans, à l'occasion de la maladie d'un de ses enfants. *Délire de persécution contre son mari et sa famille*. Tous les six mois environ, au moment des règles en général, une crise recommençait, crise qui durait quinze jours ou trois semaines environ. Depuis 1903 (c'est-à-dire depuis sa sortie de l'Asile), elle a eu plusieurs crises.

» Le traitement bromuré et l'hydrothérapie ont chaque fois amené la guérison. *Dans ses crises, se basant sur des faits réels* (embarras d'argent, difficultés sur des affaires de famille, une dent qu'on arrache à sa fille, une maladie de sa mère) elle *clame contre ses parents et son mari les pires insanités possibles, porte contre eux les pires accusations*, et les frappe des pieds et des poings. Il y eut ces jours-ci une tentative de suicide (chute dans un puits) ; bien qu'attachée, elle a réussi à sauter par une fenêtre et s'est fait mal au visage. La crise actuelle, dont le début remonte à quinze jours, atteint un paroxysme qui n'avait pas encore été atteint. Pas d'éthylisme ».

Certificat d'entrée. — Manie avec idées de suicide.

Le 29 juin 1906. — « *Mon mari et ma mère s'entendent entre eux et avec les voisins*. J'ai senti des mauvais goûts d'amertume, de soufre dans le vin et la soupe. *Mon mari mettait quelque chose dans mon vin... probablement qu'on avait intérêt à faire cela*. Il y a trois ans, j'ai passé trente-cinq jours à l'Asile. J'étais venue parce que j'étais surexcitée, mais ce n'était pas de la vraie folie, puisque j'en suis revenue

Mais mon mari s'entendait avec ma mère, c'est quelque chose de terrible, je ne les entendais pas, mais on s'occupait de moi tout de même ; j'ai été trahie.

« J'ai mon plein corps de saletés, de choses qu'on me faisait prendre ; mon mari et ma mère s'entendaient avec d'autres. Au moment de m'endormir, il me passe comme des secousses dans les jambes et dans les bras, j'ai des « trépidements » dans la matrice qui me crispent ».

Urines claires, ni sucre, ni albumine.

30 *juin*. — « Vous savez ce qui se passe, je veux aller chez le Procureur pour dénoncer mon mari. Et ma fille, où est-elle ? qu'en fait-on ? Est-elle vendue, la pauvrette ?... Je dois paraître devant les tribunaux pour m'expliquer ce qu'on m'a fait ». (Pleure, sanglote.)

3 *juillet*. — « Ici, j'ai ressenti de mauvais goûts dans les aliments. Toutes les choses qui se sont passées, ç'a été fait à dessein. » Plus calme, garde bien le lit, s'alimente.

10 *juillet*. — « Depuis déjà longtemps, chez moi, on me trompait, mon mari, pour bien des choses. J'ai eu la preuve qu'il ne rapportait pas tout l'argent qu'il gagnait.

« Je n'ai pas dit les choses les plus importantes, *mon mari m'a donné du mal au bas-ventre. Ça coule constamment pendant les règles, ce ne sont pas des règles* ».

Le palper abdominal ne révèle, ni douleur, ni augmentation de volume de l'utérus. Le toucher vaginal montre un col de la consistance normale. Le toucher et le palper abdominal combinés ne dénotent non plus rien d'anormal.

13 *juillet*. — A reçu hier la visite de son mari, l'a fort mal reçu, la insulté, s'est agitée.

15 *juillet*. — « Dieu ne laissera pas faire ces choses-là ; on veut faire passer les femmes mauvaises pour des femmes honnêtes et les femmes honnêtes pour de mauvaises femmes. Dieu qui voit tout ne laissera pas faire ces choses-là. »

Crises de colère et d'excitation.

17 *juillet*. — Très anxieuse aujourd'hui, très persécutée. « On m'empoisonne constamment, monsieur. » A refusé de manger pendant deux jours. Alimentée à la sonde. Croit que tout ce qui se passe dans la salle est à son intention.

21 *juillet*. — Refuse de manger : « A quoi que ça sert de manger ! Je trouve que les aliments ont mauvais goût, qu'ils sont empoisonnés, un goût amer. Voyez mes dedans d'ongles, j'ai du poison. Encore ce matin, ils m'ont fait respirer de mauvaises odeurs. Ces voix me disent que mon mari veut me sauver pour me perdre après. Mes affaires sont allées trop loin, elles ne se passent plus en France, mais en Espagne. On veut me faire vivre d'autre sang. »

4 *août*. — *Périodes fréquentes d'excitation*. A très bien reçu son père ce matin à la visite, une carte postale de sa fille, l'inspecte minutieusement, comme si elle doutait de son authenticité : « c'est elle qui l'a signée, mais je ne sais pas si c'est elle qui l'a écrite ».

Toujours persécutée : « ce n'est pas des aliments comme ça qu'on devrait me donner. »

10 *août*. — « Depuis quelques jours, je me sens plus calme. » Effectivement s'occupe, dort bien. A très bien reçu son mari. « Je me rends compte à présent de bien des choses que, sans doute, j'étais trop surexcitée pour pouvoir m'en rendre compte. »

12 *août*. — « J'en ai tant dit de choses qu'il est bien possible que tout ne soit pas vrai ; il y a du vrai dans ce que j'ai dit, mais pas tout. »

5 *septembre*. — Calme depuis un mois. Travaille régulièrement ; les idées de persécution ont disparu.

Sort pour un mois à l'essai.

Sixième accès. — TROISIÈME INTERNEMENT. — 18 *octobre*, — On est obligé de la réintégrer. Le commencement de son congé s'était bien passé, la malade avait été parfaitement calme, quand, brusquement, le 16 octobre, elle est retombée dans une crise d'agitation ; à la suite d'une contrariété avec son mari; elle a repris ses idées de persécution.

« On la retrouvera cette fameuse lettre, je n'ai besoin de rien dire, assez ! assez ! » La tête appuyée sur une main, regarde fixement devant elle « s'il y a longtemps que je souffre, tout le monde le sait, alors on doit savoir ce qu'il y a à faire ». Soupire bruyamment, puis pleure.

« Je faisais des lettres qu'on n'envoyait pas, je recevais des lettres qu'on ne me donnait pas. Mais qui me trompait ainsi ? On fait un trafic inouï. Depuis que je suis rentrée, j'en ai senti. Quand je suis arrivée, je n'avais pas ma bouche comme il faut. Mais enfin, me croyez vous assez bête pour ne pas le comprendre ?

» Je suis ici depuis hier. Vous le savez, vous n'êtes pas médecin aliéniste pour rien ».

Plutôt déprimée, mange peu, réclame sa fille.

» Je le pense que j'ai été contrariée dimanche. Ce n'est pas gentil toutes les contradictions que je souffre. Ma petite, pendant que j'étais ici, des amies l'ont invitée le dimanche avant ; dimanche dernier je les ai invitées ; c'était presque nuit quand j'ai été les accompagner. La tante a trouvé que c'était trop tard et m'a dit que c'était pas bien. »

21 *octobre*. — *A de fréquentes crises d'excitation*. Prend l'interne pour son cousin : « Allons, ne me fais pas souffrir ». « C'est la fin du monde, entends-tu bien, et le commencement d'un autre, par l'opération du Saint-Esprit. Je n'ai jamais cherché que la vérité. Hier, encore, on m'a bafouée ; mes entrailles se déchirent ; malheureux, laissez-moi mourir en paix ». Répète chaque phrase plusieurs fois et sur un ton théâtral. La face est congestionnée, elle se lève fréquemment de son lit.

Ne dort pas. S'alimente régulièrement.

30 *octobre*. — Un peu plus calme, grâce aux bains prolongés. « S'il y en a encore qui sont payés pour faire la comédie. Je ne dois pas rester ici (silence). Est-ce qu'il faut que je paye. Vous croyez que je rigole ? est-il possible ? que pensez-vous ? »

9 *novembre*. — Calme dans son lit et travaille. A écrit : « Je suis désignée pour avoir une autre situation. Probablement que oui que j'ai une origine spéciale. Pourquoi mon intelligence se développe-

t-elle ? Je ne le dis pas encore dans mon écrit ; mais je suis capable d'en diriger bien d'autres ». *Idées de persécution contre sa mère surtout.*

19 *novembre.* — « Certainement, que je suis plus intelligente qu'autrefois. On l'a vu, plus que d'à présent. C'est parce qu'il le faut sans doute. C'est parce que Dieu le permet que mon intelligence se développe. Je le comprends très bien, mais je ne sais pas l'expliquer. Si j'avais eu le courage, j'aurais immolé ma fille et moi ensuite.

» Reine, ce n'est pas moi, mais ça devrait être ma fille, pour moi ce ne sont pas les honneurs que je réclame. »

13 *décembre.* — « J'ai peut-être dit qu'on m'empoisonnait, ce n'est pas vrai ; les misères de mon mari et de ma nièce, c'est la réalité. Bien sûr qu'il me trompait mon mari ; *il se passait des choses dans la maison qui me paraissaient extraordinaires.* Je ne peux pas très bien l'expliquer. On *disait qu'on ne pouvait rien faire sans moi et pourtant on me cachait tout.* Quand je suis revenue chez moi, je restais bouche bée de jour en jour, ma fille me cachait. Je suppose qu'on s'était entendu pour se débarraser de moi, pour une sortie de la maison.

« Qui montait la tête à mon mari ? Une femme, probablement ».

— A-t-on voulu vous faire disparaître ? » — « Je n'en sais rien. »

26 *février* 1907. — Calme depuis deux mois, a reçu plusieurs fois la visite de son mari, de sa mère et de sa fille ; ne leur a adressé aucun reproche ; est sortie en ville, s'est montrée parfaitement docile. Travaille régulièrement. Interprète encore mal certains faits ayant précédé et motivé son internement. Sort aujourd'hui — Rechute probable.

Septième accès. — Quatrième internement. — Réintégrée le 5 octobre 1907.

6 *octobre* 1907. — « Je suis déjà venue ici quatre fois. La première fois je dois être arrivée au mois de juillet, je ne me rappelle plus l'année.

» Aujourd'hui, nous sommes dimanche, le... Oh ! je ne sais pas, vous savez, ça trouble la tête tout ce qu'on m'a fait depuis quelques jours. Je viens de l'hôpital Saint-André.

» Je ne peux pas vous expliquer tout ce qui m'est arrivé, on m'en a trop fait, c'est la faute de mon mari, j'ai reçu assez de mauvais traitements, je ne sais pas tout ce qu'il a essayé de faire ou de me faire faire, moi qui me suis dévouée pour eux, me voir méprisée par mon enfant. Il y a longtemps que j'ai trouvé des amis compatissants, je suis restée une honnête femme quand même. Mais mon mari est même jaloux qu'on me porte de l'estime. Ce sont eux qui veulent se débarrasser de moi qui leur donne de l'argent. Je me dévouais tous les jours et, comme remerciements, c'était des coups que je recevais.

» J'étais bien capable de tout diriger chez moi, on n'est jamais trop intelligente, mais je crois que je le suis assez.

» Je ne sais pas si on m'empoisonnait ; mais ce qu'il y a de sûr, c'est

que je ne pouvais garder rien de ce qu'on me donnait. Si j'ai entendu des gens m'insulter ? Oh ! non, on a pu le faire, les voisins, mais je ne les ai pas entendus.

» Oui, souvent, j'ai senti de mauvaises odeurs, mais le plus souvent, de très bonnes odeurs de fleurs.

» Si je dors bien ? Oui, très bien ; j'ai eu quelquefois des cauchemars ces jours-ci, je voyais des choses qui me réveillaient et qui m'effrayaient. Je rêve surtout à ma fille, et il me semble qu'elle souffre là où elle est.

» Oui, j'aurais dû me plaindre, on me tracassait assez ; je me suis plainte au garde-champêtre, il est venu à la maison.

» Ce matin, à 5 heures, j'ai entendu des gens qui m'appelaient, des gens qui venaient pour me secourir ; ces voix, ça vient d'en bas. Quand elles crient davantage, je les entend davantage.

» Je crois bien que chez moi on consultait les sorciers : ce charmant garde-champêtre faisait des expériences magnétiques. »

Etat physique assez bon. Constipation. Haleine mauvaise. Refus d'aliments. Urines très peu abondantes. Pas de température. « Vous vous amusez bien ? — Je meurs d'angoisse. Mon cœur est plein de tristesse, je mangerais bien, mais j'ai trop d'angoisses ». Urines : ni sucre, ni albumine.

10 *octobre*. — « Pourquoi ne m'avez-vous pas laissé voir mon mari qui est venu me voir hier ? » (inexact). On lui lit une lettre de son mari, éclate de rire aux passages affectueux.

22 *octobre*. — « Je ne dis rien, mais je n'en pense pas moins. Pourquoi me gardez-vous, vous voyez bien que je ne suis pas malade. Laissez moi revenir auprès de mon mari. «

27 *octobre* 1907. — Se lève depuis deux jours, s'occupe, souriante : « Aujourd'hui je suis contente, je vais revoir mon mari. Voyez la jolie lettre que m'a adressée ma fille. Quand on est venu ici une fois on est sûr d'y revenir. »

23 *novembre*. — Calme, docile, laborieuse. Sourit à la lecture qu'on lui fait de son premier interrogatoire à sa dernière réintégration. « C'est égal, j'en ai dit un paquet de bêtises. » A presque honte de ce qu'elle a dit.

Sort très bien remise et retourne dans sa famille. Là, elle reste calme, s'occupe avec soin de son ménage pendant trois mois, puis, brusquement, au commencement du mois de mars, son caractère change, elle *redevient méchante, accuse son mari de la persécuter* et cela de concert avec sa mère. *Cesse de dormir, s'agite, crie*, si bien qu'on est obligé de la maintenir et de la réintégrer à l'asile le 10 mars 1908.

Huitième accès. CINQUIÈME INTERNEMENT. — 11 *mars* 1908. — « Je voudrais ma situation claire et nette. En ce moment, il faudrait savoir ce que l'on doit faire de moi, je crois être libre et doit l'être.

» Oui, je suis mariée. Mon mari ? il doit être en prison à l'heure qu'il

est, il m'a fait beaucoup de mal, forcé de le faire sans doute. Qu'est-ce que vous écrivez ? si je ne me retenais pas, je déchirerais cette feuille ; tout m'inquiète à certains moments.

» Mon mari et ma mère m'ont attaché les mains derrière le dos, et puis... Monsieur, j'en suis malade de toutes ces choses-là ; c'est ma famille, mais c'est bien terrible quand même. Entre ma mère et mon mari, il s'est passé des choses qui ne devaient pas se passer et puis ma mère et mon mari étaient contents de me faire souffrir, pour me cacher des choses que je devais savoir comme eux, pas des choses matérielles, mais des choses qui se sont passées. Que quelqu'un m'emmène d'ici, qu'on me sorte.

» On m'a caché toutes les affaires qui se sont passées depuis la mort de mon père.

» Ma fille, on lui fausse sa conscience, son caractère, comme à moi. On me le fausse par les doutes que j'ai chez moi, je vois quelque chose de louche qui ne devrait pas exister. Je ne crois pas à des choses immorales ; mais... !

» C'est la quatrième fois que je viens ici; cette fois-ci, chez moi, j'ai éprouvé des souffrances de toutes sortes. On m'a attaché parce que je voulais faire partir mon mari et ma mère ne risquait pas de le laisser partir. C'est un beau volume que ma vie, mais je veux défendre mes droits chez moi ; il faut que toutes ces choses changent et je ne dois pas être privée de vivre avec ma fille.

» La nuit je ne dors pas parce que je suis trop préoccupée, je rêve à ce qui se passe chez moi.

» Mon métier ? Je travaille la vigne, et je m'occupe à la couture. Quand je suis bien j'ai toujours bon appétit. Des liqueurs ? il n'en rentre jamais à la maison, c'est la seconde fois qu'on me demande cela.

» Oh ! qu'on vienne à mon secours. Je voudrais trouver comme il faut, un protecteur sérieux, quelqu'un qui me comprenne, parce qu'enfin, je n'ai que 35 ans, et je ne mérite pas d'être chez les aliénées. Il y en a beaucoup qui seraient heureux, qui se feraient honneur et gloire de m'avoir auprès d'eux. Je serais auprès de quelqu'un qui ne me voudrait pas de mal, je le rendrais heureux. Ne m'abandonnez pas, Monsieur.

» Qu'est-ce que ces feuilles ? C'est mon mari qui demande le divorce et on me fait interner pour que je ne puisse pas parler.

« Tout le monde me plaint beaucoup. Il faut que quelqu'un vienne à mon secours. Pourquoi me trahit-on dans ma famille ?

« Les paroles expirent sur mes lèvres malgré moi. Même ici, c'est mon mari qui me retire ma pensée. J'ai été son souffre douleur.

» Rien me fait-il mal ? Si, je me trouve intoxiquée partout.

» Pour moi, dans les aliments et le vin, il y avait quelque chose qu'il n'aurait pas dû y avoir. Ce n'était pas naturel. Ce n'était pas plus mauvais que ça, c'était louche, ça tournait les idées du côté où il n'aurait pas fallu.

» Après j'étais troublée, je n'étais pas comme il fallait, ça sentait mauvais et ce n'était pas bon, et puis voilà.

» A mon mari, je lui donnais des coups de pied et des coups de poing quand il le méritait, je ne voudrais faire de mal à personne, mais quand on y est forcé.

» Ma mère ? si monsieur, je l'ai frappée, je l'ai giflée quelquefois, je lui ai donné des coups de pied et de poing.

» Ces égratignures, c'est mon mari qui me les a faites. » La malade s'anime beaucoup en parlant, elle saisit la feuille d'observation et la déchire.

17 *mars*. — « Alors les allées et venues tout ça n'est pas vrai? Ce n'était pas mon mari qu'on venait mettre dedans. Je ne pourrais jamais dire que ce que j'ai dit n'est pas vrai. Ma fille ? elle est bien raisonnable d'un côté, mais un regard de son père c'est une volonté pour elle. J'ai remarqué que je vis en énigme. — Croyez-vous que les affaires marchent bien. Il y a deux ou trois ans, on a hypothéqué la maison et il a fait faire les reçus au nom de ma mère ; pourquoi pas au nom de tous ? Je vois qu'il y a des noms mélangés. Je soupçonne que l'on me trompe. »

18 *mars*. — « Quand bien même il se serait passé des choses avec mon mari, il faut qu'on s'occupe de lui. J'y reviendrai, mais je ne dois pas y retourner dans les mêmes conditions. »

6 *avril*. — « A reçu la visite de son mari.— D. Contente?— R. Oui, Monsieur, je l'ai fait pleurer. Qu'est-ce que c'est que toutes ces comédies ? Pourquoi fait-on les choses qu'il ne faudrait pas faire ?

» C'est bien malheureux d'être comme je suis, quand je sors d'ici, je suis très bien, expliquez-moi cela ? »

24 *avril*. — Calme, s'occupe.

29 *mai*. — Quelques interprétations fausses subsistent comme à la fin de chaque accès. Reçoit son mari sans lui adresser le moindre reproche. Sortie en ville plusieurs fois avec lui.

Sortie accordée.

Neuvième accès. Sixième internement. — Une rechute nécessite sa réintégration le 27 juin 1908.

Certificat d'entrée. — A déjà été internée à plusieurs reprises, répond mal aux questions qu'on lui pose, refuse même de répondre. Cependant, de temps en temps, elle prononce quelques phrases indiquant ses troubles intellectuels. « Tout va arriver, je ne veux pas empêcher ce qui va arriver, je vais causer la fin du monde. » De plus, dans ces derniers temps, elle a fait une tentative de suicide, elle a voulu se jeter dans un puits.

27 *juin*. — Conduite à l'asile camisolée. A la contre-visite, la malade est calme, paraît triste et affaissée. « Je viens de l'hôpital, j'y étais depuis quatre ou cinq jours, je ne sais pas exactement.— D. Quel jour sommes-nous. — R. Je ne sais pas. »

28 *juin.* — La malade est calme, a dormi une partie de la nuit : « Oh ! je perds tout le monde ! Je perds tout le monde ! » (Tient sa tête dans ses mains.)

« Si j'ai fait quelque chose de mal ? Oui, les ordres qu'on m'a donnés et que je n'ai pas exécutés (gémit). Quelle histoire ? Des choses véritables... l'ordre de la police ... du gouvernement allemand. Un malheur ?... Je le crois... Oh ! (se lamente) arriver quoi ?... (soupire) l'engloutissement... — D. En êtes-vous la cause ? — R. Oui ! »

Certificat de 24 heures. — « Cette malade qui a déjà fait plusieurs séjours à l'asile de Château-Picon, est atteinte de folie périodique ; l'*accès actuel se caractérise par de la dépression mélancolique avec idées délirantes de craintes, d'indignité*, de culpabilité imaginaire qui ont entraîné des réactions suicide. Appoint confusionnel. »

1er *juillet.* — « Je vais vous donner de mes cheveux puisque je vais mourir. Comment je suis arrivée ici ? Je n'y comprends rien.

2 *juillet.* — Souriante, calme, léger désordre dans la tenue — « que tout le monde soit content de moi — j'y mets de la bonne volonté.

» C'est aujourd'hui jeudi (exact), le commencement de juillet. — Quel jour je suis arrivée ici ? Je ne le sais plus.

» *Je suis malade parce qu'on me rend malade et tout le monde m'y rend* ; d'autres veulent me savoir très mal, la jalousie toujours. Les *gens sont jaloux de voir qu'on me porte beaucoup d'estime.* Ma mère et mon mari autrefois. Et ma pauvre petite que l'on torture parce qu'elle défend sa mère. » D. *Des insultes* ? R. « *Oh ! tant qu'on pouvait, on voulait bien me faire passer pour une rien du tout ; si je l'ai entendu ? Oh non ! mais on me le faisait assez comprendre.* M'empoisonner ? Il faut que j'en ai eu un coffre, il faut qu'il y ait en moi quelque chose de surnaturel pour que j'ai résisté. On m'a assez apporté de poison dans ces derniers temps, ça avait un goût fort, un goût salé. »

4 *juillet.* — « Qu'est-ce que c'est que toutes ces figures au pinceau que vous me faites voir ici. » S'agite, crie.

11 *juillet.* — « Je ne peux pas rester inactive, il faut que j'aille chez moi faire ce qu'il y aura à faire. »

15 *juillet.* — Calme, souriante.

« Mais oui, je suis bien, mais croyez-vous que l'on fait des choses pareilles à une femme que l'on aime ? Il y a de la jalousie de l'estime que l'on a pour moi. Des tricheries, des tromperies, des méchancetés, on m'avait attachée pour que je ne voie pas ce qui se passait. C'est un lâche, un scélérat. Tenez, voyez (montre son annulaire), je lui ai rendu son anneau. »

23 *juillet.* — Passée au quartier des travailleuses. « Non, je ne veux pas aller avec cette sale sœur. »

24 *juillet.* — « Ça va mieux, j'ai fait la paix avec la sœur. »

29 *juillet*. — Va travailler chez le Directeur.

14 *septembre*. — S'occupe très régulièrement, tenue excellente.

7 *novembre*. — Travaillait régulièrement. Depuis plusieurs mois, avait même abandonné toutes ses conceptions délirantes. C'est pourquoi on propose encore une fois la sortie sur la demande du mari. Sortie ce jour.

Dixième accès. — SEPTIÈME INTERNEMENT. — Se sent très bien chez elle jusqu'au 14 décembre. A ce moment-là elle commence à donner des signes d'agitation, si bien qu'on est obligé de la ramener à l'asile le 25 décembre 1908.

Le certificat d'entrée porte : « *délire systématisé de persécution à base d'interprétations.* »

25 *décembre* 1908. — La malade se présente à nous dans une *tenue laissant un peu à désirer, un peu désordonnée*, elle s'est coupé les cheveux ; elle est d'un *abord facile* et se laisse aisément interroger.

« Que je suis retombée malade ? C'est un jour de la semaine dernière... Ça m'a prise pour une contrariété... Il y a longtemps qu'on ne vivait pas avec la sécurité qu'on aurait dû me témoigner... On me cachait beaucoup de choses qu'on aurait dû ne pas me cacher... j'aurais voulu que mon mari s'approche avec moi de la Sainte-Table... il n'a pas voulu, il n'a pas tenu compte qu'il y avait une femme qui tenait à lui, il est allé en trouver d'autres.

» Il m'a tendu un guet-apens... on m'a fait quitter la maison... mon mari est jaloux du bien qu'on peut me vouloir.

» Ma fille ? je pense que tout le monde lui veut du bien comme à moi. Mon mari ? Il a eu des enfants avec un tas de concubines. M'empoisonner ? et je vous crois qu'il a essayé de m'empoisonner, mais moi je l'ai frappé, je lui ai donné des coups de poing. »

2 *janvier*. — Malade calme, garde bien le lit.

Extraits d'une lettre qu'elle écrit à sa fille : « Je crois que jamais je ne me suis trouvée aussi calme, aussitôt mon arrivée ici... passons sur tout cela et espérons que cela ne se renouvellera plus (après des recommandations à sa fille), et ton père soigne le bien, fais-lui de la tisane rafraîchissante. » (Fait toutes sortes de recommandations affectueuses relativement à sa mère et son mari). — Pourquoi vous étiez-vous fait couper les cheveux ? — J'avais l'idée de me faire religieuse. — (Avait dit quelques jours auparavant qu'elle l'avait fait, pour bien montrer à son mari qu'elle ne cherchait pas à plaire à d'autres qu'à lui.)

6 *janvier*. — « Mon mari, je reconnais qu'il a des qualités là où d'autres ont des défauts ; mais il est trop entêté. — A-t-il voulu vous empoisonner ? — Je ne sais pas, Monsieur, il y a quelque chose que je ne puis pas m'expliquer. »

18 *janvier* 1909. — Malade levée, s'occupe. A reçu hier la visite de son mari.

« La conversation que j'ai eue avec lui m'a montré que j'avais eu tort une fois de plus. »

Jure sur la tête de sa fille que son mari n'est pas un malhonnête homme et n'a pas voulu l'empoisonner.

« Comment se fait-il que ma pauvre tête se mette à dérailler si souvent ? » — Et votre mère, qu'en pensez-vous ? — C'est une bien bonne femme qui ne me veut que du bien. »

2 *février*. — La malade est tranquille. « J'espère que Dieu trouvera qu'il m'a assez éprouvée et que lorsque je partirai de l'asile ce sera pour n'y plus revenir... Je partirai quand vous jugerez à propos, Monsieur le docteur ; je comprends qu'il vaut mieux rester quelque temps de plus ici, plutôt que de retomber dès que je serai chez moi. Et pourtant je souffre d'être séparée des miens ; j'ai une jeune fille qui a besoin de moi. »

6 *mars*. — Est sortie en ville avec son mari.

« Oh non ! qu'il ne m'oublie pas mon mari... Il ne manque pas à venir me voir aussi souvent qu'il le peut... *Je sais bien que je lui en fais voir lorsque je suis malade, mais c'est pour lui rendre en amitié et en caresses lorsque je suis bien.* »

Calme, s'occupe bien.

23 *avril*. — A eu quelques jours de permission pour aller chez elle, à l'occasion des fêtes de Pâques... Depuis quelques jours n'est plus aussi bien.

« Je suis allée chez moi malgré vous ; j'aurais dû vous demander la permission.

» Quand je suis arrivée, ma fille n'est pas venue à ma rencontre. Cela veut dire qu'elle n'a plus d'amitié pour moi, que mon mari on lui fait faire des choses qu'il ne devrait pas (pleure).

» Je me meurs de peine. — Qui fait ça ? Il y en a plusieurs. Qui frappe en haut ? C'est quelqu'un qui m'appelle (a entendu du bruit)... Je ne sais pas, c'est quelqu'un qui ne me veut pas du mal, pas plus que vous ; mais il faut que vous fassiez ce qui est tramé... Pourquoi me regardez-vous méchamment ? Je ne vous regarde pas méchamment.

» Vous hésitez à me renvoyer... Pourquoi n'hésitez-vous pas à me renvoyer quand j'arrive ? Il se fait dans ma famille des choses qui ne doivent pas se faire... On voudrait me faire rester ici comme idiote.

» Chez moi on ne risque pas d'être riche, on va peut-être tout vendre : faites attention à ces choses, non comme docteur, mais comme ami... Moi que tant de choses ont toujours troublée, il me semble que si on m'avait écoutée, on aurait pu mieux faire.

» Je l'ai senti que mon intelligence augmente, oui Monsieur, je vous ai écouté dans vos conférences, j'ai beaucoup appris. Dieu l'a voulu pour tout le bien de l'humanité entière. Ce n'est pas de la folie (pleure). Dieu me réserve de bien souffrir ; mais de rendre les autres bien heureux. »

25 *avril*. — Ce matin, en entendant la sonnerie du téléphone, s'est

levée en criant : « c'est mon mari qui arrive »; s'est précipitée à la fenêtre, a cassé un carreau de vitre.

26 *avril.* — *Passée dans un quartier d'agitées*, a dormi jusqu'à minuit; *violente envers une infirmière* ; bains prolongés. *Déclame avec incohérence* dans sa baignoire.

27 *avril.* — Cette nuit s'est précipitée sur l'infirmière veilleuse en criant : « il faut que je tue cette infirmière, c'est mon devoir »; ce matin, calme dans son bain.

« Pourquoi me cache-t-on bien des choses... ce sont des personnes qui sont jalouses de moi, de voir ce que je suis ; je suis une sainte femme. M. le médecin en chef est un saint homme, nous devons nous unir devant Dieu, pour faire la charité et donner la bonne parole à ceux qui en ont besoin. Oh ! j'ai beaucoup de jaloux qui ne sont pas contents de voir combien je suis intelligente. J'ai la double vue; je suis presque une sainte.

» Pourquoi m'empêchez-vous d'aller voir ceux qui sont là et qui m'appellent ?

» Ma fille me crie : « Maman, maman ! » Elle me le disait encore tout à l'heure. Si je reconnais sa voix? Mais je vous crois et mon mari est là qui m'appelle : « Marie ! Marie ! » Pendant que je suis ici, il se passe quelque chose de l'autre côté. Quelque chose pour me trahir à propos de mon mari. »

29 *avril.* — On continue la balnéation prolongée. Ce matin, agitée dans son bain, jette l'eau.

« Je veux défendre mes droits d'épouse, de mère, de femme. On fait des cachotteries. Vous savez tout ce qui se passe. (A reçu une lettre de son mari) ce n'est pas lui qui l'a écrite, c'est la sœur. Je ne veux pas rester ici dans une baignoire. Je veux m'en aller. »

6 *mai.* — Beaucoup mieux depuis avant-hier. Tenue bonne. « Je vais mieux depuis avant-hier, ça m'a pris tout d'un coup, j'ai demandé un peigne pour me peigner.

» Aujourd'hui, c'est le 6 mai, mais si vous m'aviez demandé cela il y a quatre ou cinq jours, j'aurais été incapable de vous le dire. Je ne savais plus comment je vivais. »

10 *mai.* — Tout à fait bien, se lève, travaille.

17 *mai.* — Est allée se promener en ville avec son mari, s'est montrée très affectueuse pour lui.

30 *mai* 1909. — La malade est complètement remise de son dernier accès.

OBSERVATION XIV

(Dubourdieu.)

B... Catherine, femme C... Cette malade rentre pour la neuvième fois à l'asile d'aliénés de Bordeaux, le 10 octobre 1902.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 58 ans, d'un chaud et froid. Mère morte à 45 ans de chagrin, au retour d'âge ; un oncle aurait été traité à l'asile Saint-Luc, à Pau ; elle fait partie d'une nombreuse famille (dix enfants, cinq garçons et cinq filles, dont cinq sont morts, et il ne reste plus que deux garçons et trois filles).

Antécédents personnels. — Réglée pour la première fois à 17 ans ; cette fonction s'est toujours effectuée normalement et la malade est encore réglée actuellement.

Mariée à 22 ans, elle a eu deux enfants et a fait une fausse couche ; de ces deux enfants, l'aîné est mort à 8 mois, l'autre vit encore, il a aujourd'hui 25 ans et se porte bien.

La malade nie les excès alcooliques et la syphilis ; son fils corrobore ses dires pour ce qui est de l'abstinence de boissons alcooliques.

La malade est sujette à des céphalées pénibles mais n'a jamais pris de crises de nerfs. Elle n'a jamais eu de maladies inflammatoires graves, ni d'affections chirurgicales ; ses accouchements et leurs suites ont été absolument normaux.

Histoire de la maladie. — Les troubles psychiques qu'elle a présentés à de nombreuses reprises ont toujours apparu au moment de ses règles.

Première admission. — C'est le 30 octobre 1884 qu'elle entre pour la première fois à l'asile ; elle était alors âgée de 34 ans. Le diagnostic porté fut celui de paralysie générale à la deuxième période. Elle présentait alors des alternatives d'excitation et de dépression ; avait des idées de satisfaction, comptait dans sa famille des rois, des empereurs. Cependant on notait que les symptômes physiques de paralysie générale étaient très peu marqués, si bien que le 2 décembre de la même année, on était obligé de la faire sortir, en la portant, sur son certificat de sortie, comme « paralysie générale en rémission ».

Deuxième admission. — La première réintégration est du 7 avril 1886. L'observation porte : « Maniaque, avec délire très généralisé, idées nombreuses, se manifestant sans suite, sans ordre. Chante, se livre aux actes les plus désordonnés. Les chants indiquent une préoccupation dominante : les idées religieuses ; » elle se calme très rapidement et sort guérie le 7 mai 1886.

Troisième admission. — Elle entre pour la troisième fois à l'asile le 7 mai 1890 ; elle est dans un état de surexcitation telle qu'il est très

difficile de la maintenir. La face est rouge ; les cheveux sont épars, les vêtements en désordre. Elle crache sans cesse soit sur elle, soit sur les personnes qui l'entourent. Elle est extrêmement incohérente, ses idées se succèdent sans ordre et sans suite. La voix est voilée.

La langue est saburrale ; sa dentition, mauvaise ; l'haleine, fétide ; les lèvres recouvertes de fuliginosités. Le pouls est petit, précipité. La température du corps est normale, le front est très chaud.

Le genou droit est le siège d'une inflammation assez grande ; la température du membre à cet endroit est assez élevée. On sent quelques crépitations dans l'intérieur de l'articulation, et la malade accuse à ce niveau une vive douleur. Les autres organes ne présentent rien d'intéressant à signaler.

8 *mai* 1890. — Manie aiguë ; incohérence dans les idées ; se déchire, se déshabille. Abcès prérotulien.

15 *mai*. — Toujours excitée, loquace.

Sort guérie le 31 mai 1890.

Quatrième admission. — Sa quatrième réintégration a lieu le 17 juillet 1891.

Elle présente le même état de surexcitation que lors de son dernier internement. Elle est agitée, emportée ; pousse des cris, chante, tient des propos incohérents. Elle se calme assez rapidement, mais reste quelque temps difficile, réclameuse, bavarde ; elle sort guérie le 29 octobre 1891.

Cinquième admission. — On la réintègre pour la cinquième fois le 6 janvier 1893. Son état mental se caractérise par le besoin de mouvement ; une agitation subaiguë ; de la loquacité diffuse et incohérente, des idées confuses de persécution et de spoliation.

Elle ne tarde pas à se calmer et à s'occuper. Elle sort guérie le 13 mars 1893.

Sixième admission. — Elle vient faire un nouveau séjour à l'asile (le sixième), le 11 avril 1895.

Elle est dans un état de manie aiguë. Ses actes sont désordonnés, ses gestes extravagants. *Le délire affecte une forme raisonnante. Elle expose des griefs contre son fils et raconte, avec de nombreux détails, des histoires de spoliations dont elle aurait été victime.* Le 22 avril, les règles apparaissent, la malade est plus calme et commence à s'occuper.

Elle sort guérie de son accès le 30 juin 1895.

Septième admission. — On doit de nouveau la réintégrer (septième fois), le 19 octobre 1897. Même forme mentale que précédemment. Elle est dans un état d'excitation des plus nets, très loquace. Elle offre une forme lucide du délire et se montre consciente de son trouble mental ; *idées de persécution* ; *se plaint d'avoir été dépouillée* de plusieurs choses. Importune les autres malades ; demande à parler au médecin, pour ne rien dire.

Elle sort guérie de cet accès, le 31 décembre 1897.

Huitième admission. — Sa huitième réintégration a lieu le 17 novembre 1900 ; elle présente toujours les mêmes symptômes, c'est-à-dire un état d'agitation marqué par le désordre des actes, le décousu du langage et un besoin incessant de mouvement. Sa tenue est très désordonnée, ses cheveux sont épars, ses vêtements en lambeaux.

Elle quitte l'asile, guérie de ce huitième accès, le 21 mars 1901.

Neuvième admission. — Etat actuel (le 10 octobre 1902). Certificat d'entrée (Professeur Picot). « ... est atteinte du délire des persécutions ; cette femme, qui a déjà été internée à plusieurs reprises à l'asile des aliénés de Bordeaux, se figure que *toutes les personnes qui habitent sa maison sont ses ennemies, et cherchent à lui faire du mal.* Elle raconte notamment que, dans ces derniers temps, elles ont coupé une corde soutenant des vêtements, et les ont ainsi fait tomber dans la boue. Elle dit aussi qu'on la menace constamment, et que, cependant, elle est la femme la plus tranquille qu'on puisse voir. C'est une aliénée dangereuse pour les autres, car d'un instant à l'autre, de *persécutée qu'elle se croit, elle va devenir persécutrice elle-même* et faire autour d'elle beaucoup de mal. »

11 *octobre* 1902 (Rapport de l'infirmière). — A bien dormi, parle beaucoup. Connaît tout le monde, est très exigeante pour la nourriture et les vêtements ; elle menace, n'est pas malpropre.

Etat mental. — Coefficient intellectuel. — Facultés intellectuelles marquées au coin de la débilité mentale. Sait lire et écrire ; indocile, agitable ; s'emporte facilement ; mémoire assez bonne. N'a pas perdu la notion du temps, ni du lieu. Se laisse facilement interroger.

Formule délirante. — Très prolixe et puérile, la malade raconte sa vie. Elle sait qu'elle a fait plusieurs séjours, soit à Saint-Jean, soit à Picon. Son dernier séjour remonte à deux ans ; elle y serait restée un mois et demi.

Cette fois-ci, elle était à l'hôpital Saint-André depuis huit jours. Deux agents sont venus la prendre chez elle, avec le fils A..., qui vit en concubinage avec une femme, et sa sœur qui fait le trottoir. Ce garçon et sa sœur habitent la même maison qu'elle. Elle veut dénoncer trois jeunes gens qui font de la fausse-monnaie. Le fils A... et sa sœur ont confisqué une lettre qui lui était destinée ; on l'a accusée d'avoir eu trois bâtards. La fille L..., fille-mère, se joint à ces derniers pour lui faire des misères. Le fils A..., le jour où elle aurait pris une purgation, lui aurait fait prendre une prise de tabac, dans lequel il devait y avoir du poison, car elle a été très malade. La fille L..., le lendemain lui aurait fait boire du bouillon ; or, la nuit de l'ingestion, elle se trouva malade avec nausées, vomissements.

Elle ne leur fait que du bien et ne s'explique pas pourquoi on lui fait des misères. Ces gens ont même cherché à la tuer ; on a cherché à l'étrangler, elle ne dut son salut qu'à la présence d'une petite fille qui se mit à crier. Le sommeil était bon ; le *délire de persécution avec idée d'empoisonnement est très nettement affirmé*, mais si *elle nomme ses persécuteurs*, elle n'a pas encore donné la cause de ses persécutions.

Hallucinations probables de l'ouïe ? avec interprétations délirantes. *Hypertrophie du moi* : est une brave femme, a toujours été bonne pour les autres. Parle volontiers d'elle, de ses qualités, de celles de son fils. Parfois indocile. Elle porte au cou des traces de violences, qui lui ont été faites, dit-elle, par un infirmier qui devait avoir les ongles venimeux.

Aspect physique. — Bien conformée, taille ordinaire ; front bas, mimique à prédominance frontale. Asymétrie facio-mimique, yeux mobiles ; oreilles assez bien conformées, sauf le pavillon qui est mal ourlé. Voûte palatine peu ogivale, dentition mauvaise, cou normal. Varices des membres inférieurs, avec tendance à l'ulcère. Pas d'œdème.

Examen somatique. — Système circulaire : La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal ; pas de souffle ; deuxième bruit un peu claqué à l'orifice aortique.

Pouls régulier, légèrement hypertendu. Vaisseaux, manquent un peu de souplesse ; temporales un peu saillantes et sinueuses.

Système respiratoire. — Ne tousse pas, quelques signes d'emphysème pulmonaire.

Système digestif : Langue assez bonne. Estomac pas dilaté. Foie un peu gros, déborde légèrement les fausses côtes, pas douloureux. Mange bien ; mais se plaint de la nourriture. Ventre souple, selles régulières.

Système uro-génital : Urines : ni sucre, ni albumine. Menstruations encore régulières.

Système nerveux : Motricité : Pas de troubles de la marche, ni de la station debout ; tremblement fibrillaire léger de la langue.

Réflexes rotuliens un peu exagérés ; tremblement léger des doigts ; pas de signe de Quinquaud.

Pas de troubles de la parole. Crampes aux mollets.

Sensibilité subjective : Céphalées peu marquées et rares. — Sensibilité objective : Localise et perçoit bien.

Organe des sens : Vision : Pas de strabisme. Blépharospasme. Arcus cornéen. Pupilles égales. Réflexes iriens conservés à la lumière et à l'accommodation. Acuitée visuelle conservée.

Audition : Hyperacousie.

15 *octobre* 1902. — Parle beaucoup, s'occupe, travaille, se tient bien.

16 *octobre*. — Accuse le médecin en chef de ruiner les familles parce qu'il garde trop longtemps les malades. S'occupe, cause beaucoup, réclame, se tient bien.

17 *octobre*. — Se demande pourquoi on l'a enfermée, elle n'est pas malade.

27 *octobre*. — S'occupe, se tient bien, même état mental.

25 *octobre*. — Cause toujours beaucoup ; parle d'elle avec une certaine bienveillance, de ses qualités.

Se calme peu à peu et sort complètement remise de son accès le 20 février 1903.

Dixième admission. — Réintégrée pour la dixième fois le 23 mars 1903.

Certificat d'entrée (Professeur Picot). — Manie aiguë ; a été internée à plusieurs reprises.

Quand elle arrive, elle se trouve dans un état de surexcitation extrême. On a été obligé de l'attacher dans son lit. Parle constamment ; incohérente. Cris, injurie ceux qui l'entourent. Se déshabillait en public sur le champ de foire.

Etat mental. — Formule délirante. La malade parle avec volubilité. *Excitation maniaque, avec délire de persécution.* Les facultés intellectuelles sont peu affaiblies ; la mémoire toujours précise. Fond de débilité et de dégénérescence mentale.

Réclameuse, quérulante, elle prétend qu'on lui avait gardé son porte-monnaie à l'asile et qu'elle ne l'a eu qu'avec beaucoup de difficulté. Depuis ce temps, elle est surveillée par la police, signalée comme une voleuse. La police secrète était à ses trousses. Il y a des femmes qui ont pris du crédit en son nom. Mobilité des idées ; passe facilement d'une idée à l'autre, sans incohérence.

Exagération de la personnalité. Hypertrophie du moi.

Elle est victime des machinations de la police : elle n'est pas une voleuse, mais au contraire, elle est la dupe des autres. Pas de signes d'intoxication alcoolique, dort bien, n'a pas de cauchemars, pas de zoopsies. Crampes dans les mollets. Pas de pituites matinales. L'écriture n'est pas tremblée.

24 *mars* 1903. — La malade s'occupe assez bien.

27 *mars*. — S'occupe, réclame pour la nourriture. La malade se calme assez vite, mais reste difficile, réclameuse. On la garde assez longtemps avant de la mettre en liberté à cause de la grande facilité avec laquelle elle rechute. Cependant, étant donné son état, on la fait sortir le 2 septembre 1903.

Onzième réintégration. 2 *janvier* 1904. — Règles. Incohérences. Léger désordre des actes. Tremblement accusé des membres supérieurs.

5 *janvier*. — Garde volontiers le lit, est plus calme. Plaie au doigt. Récriminations.

16 *février*. — La malade est beaucoup plus calme ; moins bavarde, s'occupe régulièrement.

7 *juillet* 1904. — Passée au quartier de traitement, alitée : excitation modérée se traduisant par un bavardage continuel, réclame.

12 *juillet* 1904. — Violente agitation, désordre de la tenue. Déchire.

17 *juillet*. — Grand désordre des actes de la malade ; bouleverse son lit, urine sur le plancher.

2 *août*. — Beaucoup plus calme. S'occupe.

5 *août*. — « Je souffre du bas des jambes, au-dessous du mollet, comme des fourmis qui me piqueraient ». Réflexes rotuliens exagérés : « J'ai senti un froid aux pieds ; je ne pouvais pas me réchauffer. »

16 *mars* 1905. — Rechute, passe au quartier de traitement. Bavarde.

21 *mars* 1905. — L'accès actuel diffère des accès précédents, la malade est déprimée, dans un mutisme complet. On est obligé d'insister pour la faire manger.

22 *mars*. — Loquace ; ce matin se promène dans le dortoir.

25 *mars*. — Très agitée, désordonnée.

1er *août* 1905. — Alitée. Œdème des paupières et des membres inférieurs. Urines claires, réaction acide. Pas de glucose. Albumine, 0,50 centigrammes par litre. Régime lacté exclusif.

28 *septembre* 1905. — Œdème des jambes toujours très accusé. Régime lacté. Tisanes diurétiques. Théobromine, 1 gramme par jour, le soir vers 3 heures. Accès d'urémie grave, avec coma et troubles bulbaires. Rythme de Cheyne-Stokes. Galop cardiaque.

30 *septembre*. — Même état : Œdème. Oligurie.

1er *octobre*. — Tentative de saignée impossible, le sang est poisseux.

La malade meurt à 3 heures. L'autopsie n'a pas été faite, le cadavre ayant été réclamé par la famille.

CHAPITRE III

ESSAI NOSOGRAPHIQUE

Dans quel cadre nosographique devons-nous ranger les malades dont nous venons de rapporter les observations ?

Délire des dégénérés ? — Si nous acceptons la théorie de la dégénérescence soutenue par M. Magnan et son école, la question est toute résolue. Des cas analogues ont été cliniquement décrits par M. Magnan et rangés par lui dans les *délires des dégénérés* (bouffées délirantes).

Il ne nous appartient pas de critiquer la théorie de la dégénérescence et exposer les reproches que les auteurs ont adressé à cette théorie nous entraînerait trop loin. Nous nous bornerons à citer quelques lignes de Falret, Ball et Arnaud, renvoyant pour plus de détails le lecteur à la remarquable thèse de notre excellent collègue Genil-Perrin, où l'on trouvera l'historique complet de « l'évolution de l'idée de dégénérescence ».

« Je suis très convaincu, dit J. Falret (1), que Morel a ouvert une voie nouvelle et féconde en proclamant la théorie générale de la dégénérescence, c'est-à-dire en étudiant les transformations successives des maladies nerveuses et mentales dans les familles, par l'effet de l'hérédité accumulée, aboutissant, en définitive, après plusieurs générations et plusieurs aggravations, à la stérilité et à l'extinction de la race. J'admets également avec Morel et Magnan, que cette influence de l'hérédité morbide, nerveuse et mentale, accumulée dans une même famille, entraîne comme conséquence inévitable la production de certains stigmates physiques et psychiques qui témoignent chez les descendants de ces familles dégénérées de l'origine héréditaire des maladies diverses dont ils sont atteints et j'ai moi-même insisté, autrefois, dans plusieurs séances de notre Société et dans mes leçons cliniques, sur l'existence de ces caractères spéciaux des folies héréditaires.

« Mais là se borne mon adhésion à la théorie générale des dégénérescences, telle qu'elle a été établie par Morel. Je suis très partisan de cette théorie générale comme doctrine *anthropologique* et *pathogénique*, mais non comme méthode nosologique. Je la considère comme applicable à la *pathologie générale* des maladies mentales et non à la pathologie spéciale. J'admets en un mot qu'il existe *des* folies héréditaires et non *une* folie héréditaire ou folie des dégénérés, ayant des caractères spéciaux ».

Les caractères propres aux héréditaires sont des « caractères de races ou de familles, applicables à un grand nombre d'espèces ou de variétés de maladies mentales ». Ils sont donc trop généraux pour servir

(1) Falret. Des variétés cliniques du délire de persécution. *Annales med.-psych.*, juillet-novembre 1896.

utilement à une classification nosologique. « Pour résumer mon opinion générale sur la théorie des dégénérescences, telle que la conçoivent M. Magnan et ses élèves, je dirai que la folie des dégénérés, embrassant dans son vaste cadre, les formes les plus variées de la folie, représente à mes yeux comme un immense océan, sans limites et sans fond, dans lequel viendraient s'engloutir et disparaître successivement toutes les espèces et toutes les variétés les mieux établies et les plus naturelles des maladies mentales. »

Ball exprime une opinion analogue quand il écrit : « On a fini par créer avec la dégénérescence une sorte de remise, qui sert à loger sans aucun effort d'esprit, tous les cas embarrassants. »

Arnaud, dans son article du traité de Gilbert-Ballet sur les psychoses constitutionnelles soutient que « la notion de dégénérescence est, en elle-même, absolument imprécise et jusqu'à un certain point arbitraire... Les conséquences tirées d'une notion aussi incertaine, aussi vague ne peuvent être, elles-mêmes, bien rigoureuses. »

Enfin M. Masselon à propos des cas qui nous occupent s'exprime ainsi :

« Il semble que le diagnostic que portent encore beaucoup d'aliénistes sur ces états : *dégénérescence mentale avec délire polymorphe*, n'en éclaire ni la nature, ni le mécanisme, ni l'évolution ;

» Ni *la nature*, puisqu'on les confond pêle-mêle avec d'autres qui ne leur ressemblent pas (obsession, délires systématisés d'emblée, délire des persécutés-persécuteurs, etc.) ;

» Ni le *mécanisme*, car la notion de dégénérescence est incapable à elle seule de nous montrer la genèse des faits observés ;

» Ni l'*évolution* puisque leur conception même éloigne de leur définition tout déterminisme. »

Paranoia périodique ? — En Allemagne les malades analogues à ceux dont nous avons rapporté les observations, sont rangés par beaucoup d'auteurs dans le cadre de la « paranoia périodique ». Accepterons-nous une pareille dénomination ?

Mönkemmöller dans un article sur ce sujet vante l'excellence de ce terme qui indique à la fois ce qui prédomine au point de vue symptomatique et aussi ce que sera l'évolution. Mais le mot de Paranoia au sens allemand désigne une foule d'états fort disparates, et il nous a semblé que les cas décrits sous ce titre de paranoia périodique correspondaient à peu près aux bouffées délirantes. D'ailleurs beaucoup d'auteurs allemands n'admettent pas cette paranoia périodique. Si Pilcz emploie ce terme ce n'est pas sans faire remarquer qu'il vaut surtout par l'adjectif périodique.

Quant à Kraepelin et ses élèves, ils refusent de reconnaître l'entité morbide décrite par Mendel, ils trouvent qu'il y a contradiction absolue entre le nom et l'adjectif.

Psychose maniaque-dépressive ? — D'après Kraepelin on doit faire rentrer ces cas soit dans la psychose maniaque dépressive soit dans la paranoia. Voici d'ailleurs, d'après Halberstadt (1), l'opinion actuelle du professeur de Munich :

« Il existe, à n'en pas douter, des accès de folie maniaque-dépressive dans lesquels l'excitation ou la dé-

(1) Halberstadt. L'opinion actuelle de Kraepelin sur la classification des états délirants. — Le groupe des paraphrénies. *Revue de Psychiatrie*, octobre 1912.

pression sont extrêmement peu accusés tandis que ce sont au contraire les hallucinations et les idées délirantes systématisées qui dominent tout le tableau morbide.

» A côté de cette forme, il y en a une autre dans laquelle on voit, sur un fond d'excitation maniaque, en quelque sorte constitutionnelle, évoluer des idées de persécution, de grandeur, voire de revendication.

» L'examen de chaque cas en particulier permettra de déterminer si on se trouve en face d'une constitution psychique maniaque ou paranoiaque. »

M. Deny, qui a tant fait pour exposer en France la doctrine de Kraepelin, a exprimé son opinion au cours d'une récente séance de la Société de Psychiatrie, à propos d'un maniaque présentant des idées de persécution dont l'observation était rapportée par Kahn (1). Ce malade, d'après M. Deny, est atteint de psychose maniaque-dépressive. « Il semble que la notion de cette psychose peut, à elle seule, rendre compte de la coexistence de manifestations délirantes et de symptômes maniaques ou hypomaniaques — Un tel complexus symptomatique correspond, en effet, assez exactement à celui des états mixtes. »

Cependant une autre solution de la question a été proposée par un psychiatre allemand, Specht (2), dont nous devons maintenant exposer la théorie longuement, car elle a au moins le mérite de l'originalité.

Conception de Specht.

Specht admet tout d'abord la conception kraepe-

(1) P. Kahn. Un cas de délire de persécution chez un excité maniaque. *Société de Psychiatrie*, 21 novembre 1912.

(2) Specht. *Loc. citato.*

linienne de la paranoia (1), et voit dans les processifs (quérulants) des paranoiaques typiques.

Quelques observations de Köppen qui avait rencontré dans un groupe caractérisé de processifs, une anomalie de l'humeur semblable à celle de la manie, servent de point de départ à Specht pour affirmer que non seulement l'anomalie de l'humeur, mais tous les autres symptômes maniaques se retrouvent chez les quérulants (logorrhée, graphomanie, inquiétude, impulsion à agir, idéorrhée, distraction, etc.).

Mais la manie, et spécialement l'hypomanie chronique, est souvent plus complexe et cette complexité dépend des caractéristiques individuelles, congénitales ou acquises, de l'intensité relative des symptômes cardinaux et de l'adjonction de phénomènes mélancoliques.

L'apparence maniaque des processifs avait d'ailleurs frappé la plupart des auteurs mais on considérait ces phénomènes comme accessoires. Entre les processi maniaques purs et ceux chez lesquels, en raison de la durée de l'état hypomaniaque, les idées délirantes se consolident et se systématisent peu à peu, on trouve toutes les formes possibles de passage, et chez le même malade le tableau clinique peut être tantôt plus maniaque, tantôt plus paranoiaque. Mais tandis que les

(1) Rappelons que Kraepelin rattache à la démence précoce, et spécialement à la démence paranoïde, les formes de paranoia hallucinatoires à terminaison démentielle, même lorsque celle-ci apparaît tardivement. Il réserve le nom de Paranoia à un groupe de cas (correspondant au délire d'interprétation et au délire de revendication de Sérieux et Capgras) dans lesquels les conceptions délirantes constituent le symptôme, non pas unique, mais cependant de beaucoup le plus saillant de la maladie. On voit se développer très lentement un système délirant, durable, inébranlable, cependant que persistent sans être troublés la lucidité et l'ordre dans la pensée, la volonté et les actes.

idées délirantes n'expliquent pas la manie, la manie au contraire explique non seulement les réactions mais aussi le délire des quérulants.

Il en est de même des autres formes de la paranoia. Dans un travail antérieur, Specht (1) croit avoir suffisamment démontré qu'on ne peut faire de distinction entre la manie chronique et la paranoia chronique ; et la démonstration est bien facile pour les formes de la paranoia chronique avec exaltation (réformateurs religieux, politiques, philosophiques, inventeurs, etc.). Par suite de leur mentalité psychopathique, ces malades arrivent secondairement, à la suite de l'inévitable heurt avec le monde extérieur, à l'idée de persécution.

Si on passe aux formes de manie périodique et cyclique on constate que les cas ne sont pas rares qui, grâce à une excitation légère et latente persistant dans les périodes intercalaires, se terminent par un tableau paranoiaque pur, et cette transformation est tellement évidente, qu'on ne peut pas se tirer d'affaire en admettant qu'il s'agit alors d'une paranoia évoluant par poussées. Specht trouve plus persuasif d'admettre que les symptômes paranoiaques se sont développés sur le fond de la psychose maniaque-dépressive.

Quant aux formes de paranoia où le délire de persécution, lentement croissant, occupe dès le début la première place, ce sont les facteurs mélancoliques, qui jouent ici le rôle le plus important. La plupart des auteurs reconnaissent que ces formes débutent par une phase dépressive et les anciens auteurs admettaient le développement de la paranoia sur la mélancolie. Il ne s'agit pas en réalité de mélancolie pure, mais

(1) Specht. *Centralb. f. Nerven. u. Psych.* XXVIII, T. XVI, p. 595.

d'états mixtes avec prédominance de la tonalité dépressive et dans lesquels le facteur maniaque élève le sentiment du moi et donne l'impulsion aux idées délirantes ; on voit d'ailleurs également dans les stades de transition maniaque-mélancolique, se développer, par action réciproque des deux facteurs maniaque et mélancolique, des phénomènes paranoïdes plus ou moins durables. Dans de pareils cas, Specht prévoit d'habitude qu'une phase maniaque va succéder à l'état mélancolique. La prévision n'est pas toujours justifiée mais cela tient à ce que l'état mixte paranoïde peut se prolonger très longtemps.

De même, dans la manie chronique, malgré le caractère euphorique ou exalté des crises précédentes, on voit une nouvelle crise prendre le caractère coléreux, méfiant. C'est qu'alors d'une façon endogène, un coloris mélancolique s'est mêlé à l'humeur jusque-là purement exaltée ; le sujet prend, vis-à-vis de son entourage, une position hostile, méfiante, jalouse, processive. Les idées de persécution se consolident et si cet état se prolonge, s'il n'y a pas de fuite d'idée, trop prononcée, des idées délirantes plus compliquées naissent : le tableau de la paranoia est complet. Ce sont probablement ces cas que l'on a décrit sous le nom de : paranoia guérie, ou délire de persécution par accès ; de ceux-ci à la paranoia périodique, il n'y a qu'un pas.

Si l'on admet avec Specht que la modification pathologique de l'affectivité est la condition nécessaire du délire paranoiaque et que la tonalité de l'affectivité conditionne le coloris général du délire, on comprend aussi que la forme du délire dépend de l'état des fonctions intellectuelles : délire pauvre en cas d'inhibition cérébrale, délire plus productif en cas d'idéation facile.

Si au contraire, on fait dériver les idées délirantes

d'opérations purement intellectuelles, il faut recourir à des subtilités, comme de prétendre que chez ces quérulants, c'est l'idée du préjudice judiciaire qui est responsable de tout. Ce n'est pas exact, car d'autres sujets gardent toute leur vie le sentiment d'une injustice subie sans devenir des processifs.

Comme pour les états mixtes endogènes de la psychose maniaque-dépressive, l'action réciproque de facteurs exogènes, les uns dépressifs, les autres exaltants, peut engendrer des états paranoiaques. Il en est ainsi dans le délire des gouvernants (d'un côté, soucis matériels, humiliations; de l'autre sentiment de supériorité intellectuelle réelle) ; de même chez les instituteurs.

Pour qu'un délire paranoiaque se développe, la prédisposition est nécessaire. C'est une condition *sine qua non*, car on voit des hommes occupant des situations en vue qui développent, d'une part, le sentiment du moi et d'autre part, des variations très marquées de l'humeur, en arriver logiquement aux idées mégalomaniaques ou de persécution, et les rectifier ensuite plus ou moins facilement.

Le trouble de l'affectivité n'est pas tout non plus, dans ce cas. Le relâchement du mécanisme associatif ou son fonctionnement exagéré, l'augmentation de l'activité représentative, éléments appartenant à la psychose maniaque-dépressive, y contribuent pour beaucoup.

Si tous les maniaques-dépressifs ne deviennent pas paranoiaques, cela est dû à ce que des accès bien délimités, avec intervalles absolument libres, ou se traduisant par une forte agitation ou une grande inhibition ne sont pas favorables à la production du délire paranoiaque. Les cas les plus favorables sont les cas à accès prolongés et peu tumultueux.

Specht veut enfin trouver une confirmation de sa conception de la nature maniaque-dépressive de la paranoia dans l'examen de l'hérédité.

Forster a démontré l'hérédité spécifique pour la psychose maniaque-dépressive et la démence précoce. Specht a vu, de même, une femme hypomaniaque donner naissance à deux filles paranoiaques et à un fils périodique. Un quérulant était fils d'un hypomaniaque et père d'un maniaque-dépressif.

Au point de vue pronostique, l'identité des deux formes (paranoia et psychose maniaque-dépressive), jusqu'à présent reconnues distinctes, expliquerait les guérisons, les améliorations, les longues rémissions, les manifestations aiguës et périodiques de la paranoia.

L'issue serait aussi la même : dans quelques cas, malgré la très longue durée de la maladie, aucune lésion ; dans d'autres cas léger affaiblissement intellectuel.

Critiques de la conception de Specht.

La théorie de Specht a rencontré peu d'approbation chez les auteurs : les critiques sont nombreuses.

Kraepelin (1), nous dit Halberstadt, rejette formellement cette manière de voir.

Löwy (2) considère comme des quérulants et non comme des maniaques ces sujets égocentriques, très émotifs avec tendance au court circuit associatif, chez

(1) Halberstadt. *Loco citato.*

(2) Löwy. Beitrag zur Lehre von Querulantenwahn. *Central. f. Ner. u. Psy.*, 1910.

lesquels un tort grave ou qu'ils jugent tel est le point de départ de leur psychose.

Wilmans (1) s'explique le rapprochement fait par Specht par le fait que, la disposition maniaco-dépressive est un état dégénératif, comme la disposition paranoïaque est une dégénérescence psychique, proche parente de l'excitation constitutionnelle. Mais il n'admet pas la fusion des deux maladies parce que l'émotion du paranoïaque est étroitement limitée, dans son essence, au complexus représentatif paranoïaque, à la différence du maniaque dépressif paranoïde ; parce que l'action du fait émouvant, accentuant le développement de la maladie, est beaucoup plus claire et précise dans la paranoia que dans la psychose maniaque-dépressive ; enfin parce que l'évolution chronique se fait de par une loi constante, ce qui n'arrive pas dans la psychose maniaque dépressive.

Bumke (2) fait remarquer qu'en faisant rentrer ainsi la paranoia dans la psychose maniaque dépressive, on détruit les signes différentiels cliniques cependant que la question du pronostic reste entière.

Critique d'Esposito (3). — Une des critiques les plus serrées qui aient été faites de la théorie de Specht est celle d'Esposito, dans un article récent de la Rivista Italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia. Nous allons analyser longuement le travail d'Esposito.

Tout d'abord Esposito pense que les ressemblances

(1) Wilmans. Zur klinischen Stellung der Paranoia. *Zentralb. f. Nerv. u. Psy.*, 1910.

(2) Bumke. Ueber die Umgrenzung des manisch depressiven Irreseins. *Zentralb. f. Nerv. u. Psych.* 1909.

(3) Esposito. Paranoia e psichosi maniaco-depressiva. *Rivisa Italiana di Neurop., psich., ed elettr.* 1911.

cliniques qui ont amené Specht à voir dans les paranoiaques des maniaques-dépressifs, sont des ressemblances superficielles et il lui semble que le groupement général des symptômes ait été négligé. Certes, s'il demeure bien que les idées délirantes ne peuvent et ne doivent avoir une valeur diagnostique à elles seules, bien que cependant elles permettent une présomption de l'affection à laquelle elles appartiennent, on ne voit pas pourquoi on devrait assigner une si grande valeur à un état d'excitation ou de dépression. Il n'existe pas de maladie mentale qui ne s'accompagne pas de changements et de variations de la tonalité affective. D'autre part, ces oscillations de l'humeur peuvent avoir une origine interne aussi bien qu'externe. Il ne paraît pas possible de choisir pour caractère fondamental d'une forme morbide, un symptôme aussi changeant, d'essence aussi complexe, aussi peu accessible à l'analyse des mobiles qui le produisent, aussi riche en élément subjectifs, aussi peu décelable objectivement. Et si par hasard l'excitation ou la dépression étaient, plutôt qu'autochtones, la simple conséquence du contenu idéatif du malade ? Toute la genèse maniaco-dépressive de la paranoia tomberait du coup. Ou si les rapports entre l'excitation et la dépression d'une part, et la formation et l'évolution des idées délirantes d'autre part, ne sont ni constants ni concordants ?

L'erreur peut donc être fondamentale, et il en sera toujours ainsi, tant qu'on oubliera que la plus grande faiblesse de notre séméiologie consiste dans l'ignorance où nous sommes de la valeur précise et de la signification des symptômes pris en particulier et qu'un symptôme n'a vraiment de valeur que lorsqu'on l'étudie dans son évolution et dans ses rapports avec les autres symptômes.

Esposito prend ensuite comme exemple le cas de la folie quérulante.

Chez quelques-uns de ces malades, dit-il, les idées délirantes, dont l'origine n'est pas nettement liée à un épisode de la vie du malade, s'élaborent rapidement, sont multiples, dominées par l'impression du moment et variables dans leur succession. Avec elles on observe la déviation de l'attention, le besoin de parler et de s'occuper, une humeur changeante.

Chez d'autres malades, certes plus rares, les idées morbides ont un point de départ précis dans un épisode saillant de la vie du malade. Elles sont de formation plus lente, elles sont monotones, invariables. Le malade garde une certaine modération; quoique tenace, il ne parle pas volontiers de ses affaires, ou quand il en parle, il y met une chaleur, parfois certes exagérée, mais qui ne devient pas « un incendie » et qui ne se manifeste qu'à l'égard d'un ordre donné de faits, sans s'étendre et se généraliser. L'humeur n'a que des fluctuations peu accusées et l'augmentation de l'excitabilité émotive se manifeste seulement à propos de la matière du litige.

Ces deux formes sont radicalement différentes, aussi bien dans leur évolution que dans leur nature.

Pendant que, dansla première forme, l'idée délirante n'explique pas la manie, comme dit Specht, elle explique très bien, dans la seconde forme, non pas la manie, qui n'existe pas, mais l'apparence hypomaniaque. Même chez des individus normaux, le contenu idéatif réveille un écho dans la tonalité de l'humeur, écho qui est plus vif chez les sujets à émotivité accentuée.

De plus, dans la deuxième forme, la comparaison entre l'idée délirante, fixe, immuable, d'une part, et la faible variation de l'humeur d'autre part, démon-

tre que la manie n'explique ni le complexus quérulant ni le délire, parce que dans ce cas, l'idée délirante est le phénomène principal, l'hypoexcitation un phénomène accessoire.

On doit donc diagnostiquer ces malades, suivant les cas, les uns, des quérulants maniaques et les autres, des quérulants paranoiaques.

Les premiers ou guérissent, ou sont rémittents, ou se montrent dans la suite comme des périodiques ou des déprimés ; les seconds restent toujours ce qu'ils étaient, de purs paranoiaques.

Non moins évidente est la différence entre le paranoiaque a forme exaltée et le maniaque chronique et périodique, avec délire expansif.

En effet, pour admettre l'uniformité de début et d'évolution entre la manie chronique et la paranoia chronique à forme exaltée, on doit exclure les phases de forte excitation, notamment au début et admettre une évolution uniforme pour la variété hypomaniaque constante.

Et pour la forme périodique et cyclique — que l'on doit de même rattacher à un certain degré d'agitation — Specht est obligé d'invoquer l'intervention d'une excitation légère et latente, même dans les périodes intercalaires.

D'autre part, le délire ambitieux ne paraît pas un produit de l'expansivité maniaque. Comment en effet, penser qu'une légère excitation trouble si profondément la mentalité d'un maniaque, au point de l'empêcher, non seulement de corriger ses idées délirantes, mais encore de faire que ces idées soient le noyau central, autour duquel s'oriente, se développe et se développera désormais toute l'activité psychique du malade ; car, dit Specht, ces idées délirantes, non seulement

persistent sans changement pendant toute la vie du malade, mais peu à peu se consolident et se systématisent. La consolidation et la systématisation sont pour Esposito, en contradiction avec la mobilité maniaque, et le caractère expansif de la maladie ne suffit pas à la faire considérer comme ayant une origine maniaque.

Esposito rejette ensuite l'expression de paranoia avec état d'excitation, et prétend que théoriquement, dans la paranoia, il n'y a pas d'états d'excitation vraie, autochtone, ni accessoires, ni permanents. En clinique il faut être moins absolu et ne pas exclure des modifications transitoires de l'état fondamental, des fluctuations d'apparence maniaque, ou de *véritables associations morbides*. Il est possible que du substratum commun, dégénératif, sortent, dans le domaine de la paranoia, des états sporadiques d'excitation ou de dépression. Mais la paranoia domine et a toujours les caractères de la maladie première et principale.

On pourrait aussi penser que la combinaison inverse soit possible, c'est-à-dire que, dans l'histoire d'un maniaque dépressif, on trouve un épisode paranoiaque ; cette combinaison ne paraît pas possible à Esposito et il rejette la constitution d'une paranoia périodique. Cette conception est aussi invraisemblable que celle qui accepterait l'idée d'une phase de démence dans la psychose maniaque-dépressive. Tout autre est la conception d'une phase d'excitation dans la démence sénile par exemple.

Esposito critique ensuite l'importance que Specht attribue au facteur mélancolique dans la genèse des idées de persécution. Certes il est vrai qu'un état mélancolique, ou mixte avec prévalence dépressive, puisse préparer et développer des délires de persécution, mais une analyse soigneuse montre des différences entre

ces malades, et il ne lui paraît pas admissible qu'une nuance dépressive puisse être capable de troubler si profondément l'émotivité, le pouvoir critique, le jeu associatif, au point de rendre possible le développement et l'évolution de ce tableau morbide si grave qu'est la paranoia.

En réalité, la maladie prend ses éléments dans le caractère du malade, les exagère, les transforme, en accentue quelques-uns, en atténue d'autres. C'est pourquoi Specht a pensé qu'on ne pouvait pas trouver un paranoiaque, chez lequel on ne puisse reconnaître les fondements de la psychose maniaque-dépressive, maladie qui présente au plus haut degré l'exagération pathologique de l'humeur et des réactions affectives.

Il n'est pas nécessaire que l'élément dépressif ou expansif de la paranoia soit de nature maniaque ou mélancolique. Ce n'est qu'un élément du tempérament individuel morbidement exagéré, à la manière paranoiaque chez quelques malades, à la manière maniaque ou dépressive chez d'autres. Et ces deux manières, si différentes par essence, n'ont qu'une ressemblance vague, superficielle, qui est parfois une cause de confusion. Specht est forcé d'admettre que la prédisposition est nécessaire au développement du délire paranoiaque. Ce fait démontre qu'il est arbitraire de donner une si grande importance aux légers mouvements affectifs et de considérer les autres symptômes comme simples épiphénomènes. Mais la prédisposition une fois admise, et puisque indubitablement, nous sommes sur le terrain dégénératif, sur lequel se développe aussi la psychose maniaque-dépressive, on peut penser que l'émotivité exagérée, la tendance à la décharge émotive subite, le court circuit associatif, puissent exister et existent indépendamment de l'accès maniaque ou

mixte. Ces éléments préexistent dans la paranoia, dans la manie ils sont consécutifs; dans celle-là ils sont stables, dans celle-ci ils se dissipent avec le déclin de l'excitation.

La paranoia et la psychose maniaque-dépressive sont des maladies différentes mais qui nécessitent parfois un diagnostic différentiel. Les états mixtes seront les plus difficiles à diagnostiquer, bien qu'il paraisse difficile à Esposito, contrairement à Specht, que ces états puissent donner lieu à un tableau paranoiaque.

En résumé, la conception de Specht ne repose pas sur des bases cliniques solides. Elle est fondée plutôt sur des ressemblances partielles et superficielles. Elle néglige les connexions des symptômes, l'évolution, le pronostic, elle force l'interprétation des faits. Les quérulants et les autres paranoiaques avec délires expansifs ne sont pas des maniaques ; les persécutés ne sont pas des mélancoliques ni des malades en état mixte. Il est vrai qu'épisodiquement les maniaques et les mélancoliques peuvent présenter de délires d'apparence paranoiaque, mais il existe des signes cliniques suffisants qui permettent la distinction. La paranoia et la psychose maniaque-dépressive doivent continuer à être distinguées.

Conception de M. Masselon. Les psychoses associées (1).

Nous venons d'exposer deux théories que nous pourrions qualifier de radicales. Specht raye de la nosogra-

(1) Masselon. Les psychoses associées (Psychose maniaque-dépressive et délire d'interprétation). *Annales médico-psychologiques*, juin 1912.

phie la paranoia pour la faire rentrer dans le cadre de la psychose maniaque-dépressive. Esposito au contraire soutient que la paranoia et la psychose maniaque-dépressive sont des entités absolument distinctes. La théorie de M. Masselon est une théorie plutôt éclectique.

Il étudie lui aussi ces malades, chez lesquels on observe « l'addition d'interprétations délirantes à des accès périodiques d'excitation maniaque et la coexistence d'états hypomaniaques et d'un véritable délire d'interprétation. »

M. Masselon pense que ces cas résultent d'une association de la paranoia et de la psychose périodique.

Il étudie longuement les diverses formes associatives de ces deux psychoses et les divise en trois grands groupes.

I. — Tout d'abord on doit ramener aux psychoses associées tous les délires d'interprétation à base d'excitation ou de dépression mentale.

Nous allons, pour la clarté de l'exposition, donner d'abord des observations de ces deux sous-groupes :

a. Délire d'interprétation à base d'excitation mentale.

Nous ne pouvons mieux faire que rapporter l'observation qui a servi de point de départ à l'étude de M. Masselon.

OBSERVATION XV

(Masselon.)

Il s'agit d'une femme de 70 ans, Mme B..., femme L..., entrée à la colonie de Dun-sur-Auron en mars 1909.

Mme B... se présente sous l'aspect d'une petite vieille, assez soignée, peu loquace, aimant à parler de ses affaires et ayant tous les dehors d'une personne normale. A Dun, où elle vit chez des nourri-

ciers, elle vient très rarement nous trouver et seulement dans les cas où elle doit changer de logement. Très réservée, assez hautaine, elle n'est pas de celles qui réclament sans cesse et qui viennent se plaindre de manque d'égards réels ou de mauvais traitements imaginaires. On sent d'ailleurs que, par fierté, elle préférerait se taire que de gémir sur son malheureux sort, et le sourire plein de réticences qui accompagne ses protestations de bien-être en dit autant sur ses pensées secrètes que de longs discours. Elle s'occupe, fait des fleurs artificielles, des couronnes, de menus bibelots, améliore son existence autant qu'elle le peut, et tient sa chambre avec un ordre et une propreté remarquables.

Mme B... ne refuse pas d'ailleurs de se prêter aux entretiens multiples que nous lui demandons. Assez réticente tout d'abord, peu à peu les confidences lui montent aux lèvres ; elle s'échauffe au feu de son propre récit et, passant pour ainsi dire de la narration à l'acte, elle prend un ton déclamatoire, mélodramatique, et ne parle plus d'elle-même qu'à la troisième personne. Maintenant ce n'est plus elle, ce sont les puissances supérieures qui se sont emparées d'elle et qui la font agir, qui parlent par sa bouche.

« Nous lui faisons faire ce qu'elle doit, prononce-t-elle d'un ton sentencieux ; nous la soutenons nuit et jour ; si elle verse une larme, nous sommes là pour la consoler » ; et encore : « Elle a récolté la souffrance, on la prenait, on s'en servait. » Interrogée sur le sens de ces paroles mystérieuses, elle déclare l'ignorer. Ce sont eux qui la font parler, ils vont répondre s'il leur convient.

Et nous apprenons ainsi, toujours sous la même forme impersonnelle et sentencieuse, qu'elle a perdu son libre arbitre et qu'elle est entre les mains de ceux qui tiennent la science. Ces êtres la guident, la conseillent, la secourent, mais l'obligent à accomplir toutes sortes d'actes bizarres dont la portée lui échappe. C'est ainsi que tout à coup elle se lève et, d'un ton solennel, avec une attitude théâtrale, elle prononce quelques mots sans suite qu'elle se déclare tout à fait incapable d'expliquer quand elle est calmée.

A examiner ce délire sous cet aspect purement extérieur, il nous apparaît donc comme un délire systématisé de domination, basé surtout sur des hallucinations psycho-motrices, et combiné à des phénomènes d'excitation maniaque, qui expliquent les incohérences passagères dans les propos et dans les actes.

Et il ne laisserait pas de nous rendre fort perplexe sur sa nature véritable si d'une part nous n'en connaissions pas l'évolution, et si d'autre part, nous n'analysions pas le caractère réel des phédomènes sur lesquels il est basé.

Or, d'après les renseignements que nous donne Mme B... elle-même, et surtout d'après ceux que nous a fournis M. le Dr Capgras, qui l'a suivie et étudiée très minutieusement pendant longtemps, il est facile de reconstituer l'histoire de la maladie et de jeter la lumière sur des points qui jusqu'ici sont encore fort obscurs.

Antécédents héréditaires. — Père mort de congestion pulmonaire.

Mère morte à 70 ans d'asthme (?).

Une sœur présenterait de fréquents érysipèles. Pas d'antécédents nerveux ni mentaux.

Antécédents personnels. — Bien portante dans son enfance et sa jeunesse.

A reçu une instruction primaire.

A toujours eu un caractère un peu sombre et méfiant.

Mariée à 21 ans, sans enfants, elle n'a pas eu de bonheur en ménage, car elle apprit peu de temps après son mariage que son mari l'avait trompée et avait un enfant. Elle se résigna cependant, mais, plus tard, après la mort de son mari, espérant sans doute trouver le bonheur qui l'avait fuie, elle s'amouracha d'un peintre en bâtiment, avec qui elle vécut maritalement.

Elle avait été bien portante jusqu'en 1892, lorsqu'à l'âge de 50 ans (la ménopause est survenue à 54 ans), elle devient subitement jalouse, s'imagine que son amant fréquente une jeune fille, court les rues à sa recherche, et le suit partout en secret : parfois elle croit le reconnaître sous les traits d'un passant, d'un cocher. Peu à peu elle s'excite, se promène en gesticulant, se livre à des actes bizarres, jette par la fenêtre son porte-monnaie, une chemise, un édredon, donne tout ce qu'elle possède au premier venu, veut se précipiter elle-même par la croisée. C'est dans son esprit un défilé continu de souvenirs et d'images. Elle a des hallucinations psychiques, des pensées surgissent en elle qui ne lui appartiennent pas, « on lui parle dans le cerveau ». Il ne semble pas qu'elle ait eu à cette époque des hallucinations de l'ouïe, mais elle paraît avoir présenté des hallucinations de la vue. Un jour, elle voit des bluettes de feu tomber près d'une commode ; un autre jour encore, une main détachée du corps près d'une porte ; un autre jour encore, de nombreux chats près de la rampe d'un escalier, et, pour conjurer le mauvais sort qu'ils représentent à ses yeux, elle urine à côté d'eux.

Internée à l'asile Saint-Pierre à Marseille, elle traverse une période de confusion dont elle a perdu complètement le souvenir ; elle se souvient seulement qu'elle était très excitée, et qu'elle avait de nombreuses hallucinations de l'ouïe, mais c'était un « chaos » auquel elle ne comprenait rien.

Cet état se termine par la guérison. Elle sort de l'asile au bout de quatre mois, la durée totale de l'accès ayant été de sept mois.

Au bout de six mois, brusquement, l'excitation reparaît se traduisant surtout par de la logorrhée. Mme B... ouvrait sa fenêtre et y tenait de longs discours, parfois pendant plusieurs heures sans s'arrêter. A l'asile Saint-Pierre, où elle entre de nouveau, elle passe la plus grande partie de la journée à discourir à voix très haute. Elle commence, à cette époque, à se sentir poussée à dire certaines choses qu'elle n'aurait pas voulu raconter. Hallucinations de l'ouïe sous forme de conversation mentale : elle entend deux voix différentes qui parlent d'elle.

La guérison survient brusquement ; l'accès a duré cinq mois.

Six mois après, tout à coup, voyant passer une société de musique, elle se met à sa tête, un drapeau noir à la main, et va s'agenouiller au milieu de la chaussée en criant : « C'est pour les petits et les grands que j'implore... » Elle se livre ensuite à une foule d'excentricités, fait des achats inconsidérés, bref, est internée de nouveau à l'asile Saint-Pierre.

C'est alors qu'elle commence à se rendre compte qu'elle a perdu son libre arbitre : on lui disait intérieurement que l'être humain n'avait pas une volonté libre ; ces paroles [illegible] elle les entendait au niveau du cœur : « On arrive ! il [illegible] », disait-elle, et quand bien même au cerveau, elle était au cœur. Tout d'abord, elle se refusait à croire à tout ce qu'elle entendait ainsi. Mais un jour la voix lui dit : « Nous te gouvernons, tu n'as pas ton libre arbitre », et elle ajouta : « Tu vois cette timbale près de cette femme, tu passeras à côté et tu l'enverras au milieu de la cour ». « En entendant ces paroles, poursuit la malade, j'eus un mouvement de protestation, je serrai mes mains contre mon corps pour ne pas toucher à la timbale ; puis, pour montrer ma volonté, je passai à côté d'elle ; mais voilà qu'arrivée à côté, à ma grande stupéfaction, mon pied part, je ne sais comment, et j'envoie rouler la timbale à quelques mètres : au même instant je reçois une gifle et je me dis que je ne l'avais pas volée ». Ce nouvel accès a duré cinq ou six mois et s'est terminé par la guérison complète.

Celle-ci s'est maintenue six ou sept mois. Puis tout à coup l'idée lui vient de donner tout ce qu'elle a : à l'aide d'une corde tendue à travers la rue, elle fait passer à une voisine ses dentelles, ses habits. Pendant six mois, elle a ainsi donné tout ce qu'elle possédait. En même temps, elle discourait à sa fenêtre, plaidant pour Dreyfus, prédisant l'incendie du bazar de la Charité : « C'était, dit-elle, quelqu'un qui parlait par ma bouche, car je tenais des discours bien au-dessus de ma condition ». De nouveau conduite à l'asile Saint-Pierre, elle y reste treize mois et la guérison se maintient après sa sortie pendant un an environ. C'est alors qu'elle vient à Paris, et c'est à partir de cette époque que nous avons sur notre malade des renseignements de première main.

Le nouvel accès (le cinquième) débute par des promenades sans but à travers Paris. Amenée à Saint-Anne le 22 mars 1901, elle se présente, quoique beaucoup plus excitée, avec les mêmes idées délirantes qu'aujourd'hui.

Elle parle à la troisième personne et prononce parfois des mots sans suite : « Le chapeau... le mouchoir blanc... le cadre... le vaccin vaginal... la mort de Sadi-Carnot ». Ou bien elle entame une conversation avec elle-même, où elle fait les demandes et les réponses : « Pourquoi ris-tu ? — On me force à rire. » Elle déclare alors qu'elle n'a plus son libre arbitre : elle est un outil entre les mains de ceux qui tiennent la science ; on veut qu'elle ait l'air d'une folle ; on lui impose ses pensées, on la fait sauter d'une idée à une autre ; pas un de ses mouvements n'est volontaire ; tout lui est commandé. Ceux qui la guident d'ailleurs parlent par sa bouche, elle n'a plus de voix maintenant,

elle n'en a plus depuis Marseille : ce sont des impulsions qui la font agir ; c'est la « science infuse ».

En mai, la malade est complètement guérie. Ses gestes, ses propos sont redevenus normaux ; elle s'occupe dans le service, ne commet jamais la moindre extravagance. Elle ne manifeste aucune trace d'affaiblissement intellectuel. Malgré une instruction très peu poussée, elle s'exprime avec facilité. Elle témoigne de sentiments encore très actifs et d'une grande activité d'esprit.

Elle sort de Sainte-Anne le 5 juin.

Cet état ne dure pas longtemps, car, le 18 octobre suivant, elle rentre à Sainte-Anne, en proie au même délire. Elle est toujours sous la domination d'êtres invisibles qui la guident et la font agir ; elle leur obéit d'ailleurs avec plaisir ; on lui fait comprendre que le mobile des actions auxquelles on la pousse est noble ; on l'éclaire, on la conseille. A sa sortie, si elle a paru guérie, c'est que les actes qu'on lui commandait étaient en accord avec son intérêt particulier. Mais depuis six semaines, on a cessé de faire coïncider son intérêt avec l'intérêt commun. A partir de ce jour, elle a remarqué qu'elle était sous l'œil de la Préfecture ; les agents de la Sûreté suivaient tous ses pas et observaient tous ses actes. On lui fait accomplir toutes sortes d'actions dont elle ne comprend pas le but : est-elle occupée à coudre, par exemple, on la force à se lever, à regarder par la fenêtre, à lire quelques lignes au hasard, à mettre à la croisée un oreiller, des étoffes diverses ; on l'oblige à acheter quantité de journaux, à faire des dépenses de toutes sortes. Tout cela peut paraître absurde, mais elle sent au cœur une voix qui lui dit qu'elle travaille pour le bien de la cause.

Pas d'hallucinations de l'ouïe : Mme B... est très affirmative à ce sujet ; elle a eu des voix autrefois, elle sait ce que c'est ; mais aujourd'hui, ce qu'elle éprouve est très différent, cela ne s'appelle que la « science infuse ».

Au contraire, elle présente des hallucinations psycho-motrices — ou ce que l'on est convenu d'appeler de ce nom — j'en rechercherai la nature dans un instant. — C'est au cœur que ses invisibles lui parlent toujours. Il y a quelque temps on lui faisait venir des pensées et en même temps, ses lèvres et sa langue remuaient malgré elle.

L'excitation intellectuelle est moins grande qu'à sa précédente entrée, quoiqu'elle parle toujours à la troisième personne et qu'elle prononce des suites de mots incohérents ou de séries de lettres dont il est impossible de comprendre le sens : « Mme Leblanc va vous parler. C. K. C. P. »

Cet état persiste très longtemps avec des intervalles de calme relatif, pendant lequel cependant elle n'abandonne pas ses idées délirantes, avec des recrudescences d'agitation, au cours desquelles elle crie et déclame d'un ton théâtral et mélodramatique, parlant toujours d'elle-même à la troisième personne.

A partir d'août 1904, elle se calme cependant et peut sortir guérie le 8 novembre 1904.

Quelques mois après, en janvier 1905, elle rentre dans le même état et, depuis cette époque, tous les certificats qui sont délivrés dans les

divers services où elle a passé mentionnent un délire systématisé avec hallucinations psycho-motrices et altérations de la sensibilité.

L'excitation a en partie disparu, du moins dans la mesure que nous indiquions au début de cette observation, et il ne subsiste plus que les troubles délirants que j'ai longuement énumérés ci-dessus.

M. Masselon fait suivre son observation de quelques commentaires que nous ne pouvons passer sous silence.

« On peut, dit-il, distinguer dans l'évolution de cette maladie trois phases bien distinctes :

» 1° D'abord Mme B... présente des accès d'excitation maniaque typique, accompagnée d'illusions et de troubles sensoriels mal systématisés : elle est alors atteinte de folie périodique ou de psychose maniaque dépressive.

» 2° Puis au troisième accès, au milieu des phénomènes d'excitation, s'ébauche un commencement de systématisation dans les idées délirantes : Mme B... commence à croire qu'elle a perdu son libre arbitre. Elle est alors atteinte d'un délire polymorphe formé surtout d'idées de domination.

» 3° Enfin après toute une série d'accès entrecoupés de phases de guérison, elle aboutit à un véritable délire systématisé qui persiste sans rémission depuis sept années consécutives. »

On pourrait croire qu'il s'agit d'un délire hallucinatoire formé surtout d'hallucinations psychomotrices ; M. Masselon n'en croit rien et il s'efforce de le démontrer.

« Comment, en effet, le délire est-il apparu ? Mme B... a eu le sentiment qu'elle ne s'appartenait plus, qu'elle avait perdu son libre arbitre. Elle parlait, elle agissait et elle avait conscience que ce n'était plus sa volonté qui dirigeait ses paroles et ses actes...

» Mme B..., personne jusque là pondérée, raisonnable, se livre un beau jour à des actes extravagants et

comme elle a conservé la conscience de ce qu'était sa personnalité passée, ses actes lui paraissent si extraordinaires qu'elle ne se reconnaît plus en eux. Elle en conclut immédiatement qu'ils lui sont étrangers, qu'ils lui sont imposés par une force qui la domine et comme elle ne nourrit pour elle-même que des sentiments empreints de la plus grande bienveillance et de la plus haute estime, elle ne peut concevoir cette force que sous les espèces d'êtres supérieurs qui la dirigent vers un but inconnu, mais dont elle ne peut douter de l'excellence.

» Nous trouvons donc dans l'excitation intellectuelle même, les secrets des altérations de la personnalité que présente notre malade. Cette excitation intellectuelle déclanche d'ailleurs toute une poussée de pensées, de souvenirs accompagnés de leur expression verbale et même, comme il arrive si souvent chez les maniaques, lui fait prononcer des mots sans suite dont elle ne reconnaît pas l'origine. Elle les considère comme le résultat d'une véritable domination qui la pousse à penser et à parler malgré elle...

» Ainsi la prétendue hallucination psycho-motrice est bien ici l'effet de l'excitation. Bien plus elle n'est rien autre chose que cette excitation même. Mme B. n'a pas d'hallucinations en dehors de ses périodes d'excitation. C'est grâce à elles, c'est sur elles que se développe son délire. Les prétendus phénomènes hallucinatoires ne sont pas le résultat de l'éréthisme d'un centre cérébral déterminé, ils sont l'effet de l'éréthisme général de l'activité intellectuelle tout entière : ils ne sont pas autre chose que ces phénomènes d'excitation mal reconnus et interprétés. Bref il ne s'agit pas là d'hallucinations, mais d'interprétations délirantes. »

Pour M. Masselon ce cas rentre donc dans les cas

des délires d'interprétation, mais c'est un délire d'interprétation d'une nature spéciale. « A l'inverse en effet de la plupart des interprétateurs qui cherchent dans les incidents les plus insignifiants du monde extérieur les justifications de leur préoccupation dominante, Mme B... ne s'attache qu'aux événements de son propre monde intérieur.... C'est un état fréquent d'hypomanie qui alimente son délire. Elle est atteinte d'un délire d'interprétation à base d'excitation mentale ».

b. Délire d'interprétation à base de dépression mentale.

A côté d'un délire d'interprétation à base d'excitation mentale, on peut concevoir un délire d'interprétation à base de dépression mentale.

Les observations de ces derniers cas sont nombreuses et l'on peut considérer comme tels la plupart des cas de persécutés mélancoliques étudiées par Séglas, Régis, Lalanne, etc.

Nous rapporterons ici une observation publiée par Séglas dans ses *Leçons cliniques*. Elle est admirablement fouillée et très démonstrative.

OBSERVATION XVI

(Séglas)

C'est une femme âgée aujourd'hui de près de 60 ans.

En 1885, elle semble *avoir eu un premier accès de mélancolie ayant duré près de quinze mois*. A la suite, elle est restée très faible de caractère.

La ménopause survint environ dix-huit mois avant son entrée, qui eut lieu le 23 août 1890. Depuis un an déjà, elle n'allait pas très bien. Toutefois, les accidents psychopathiques n'ont vraiment débuté que deux mois avant le placement, par un état de fatigue générale et d'aboulie, la perte de l'appétit et du sommeil, de l'amaigrissement. Puis sont venues des préoccupations au sujet de son fils et

des peurs, la nuit surtout. Depuis un mois elle avait des interprétations délirantes, mais elle était déjà malade quand elle a commencé « à se faire des idées ». « La peur, disait-elle alors, est venue après la faiblesse, et les mauvaises pensées après la peur. » C'est la filiation habituelle des symptômes dans la mélancolie vraie.

A l'entrée, cette dame présentait tout à fait le facies et l'attitude de la dépression mélancolique ; mais sous ces dehors d'inertie se cachait une anxiété intérieure très grande, à en juger d'après ses réponses.

« Si vous saviez, dit-elle, par exemple, comme dans cette maladie on ressent tout péniblement. Quand je suis couchée, j'ai mal partout ; c'est comme une pesanteur. J'ai dans la gorge comme une respiration aiguë, et c'est elle qui me donne des idées mélangées. Le mélange des idées consiste à avoir toute espèce de contrariétés et à combattre les ennuis. » Elle se sent changée intérieurement et extérieurement. « Je ne suis plus rien, je suis écrasée. Je ne vous regarde pas en face, je n'en suis pas digne. Ne vous approchez pas, mon haleine sent mauvais. Les personnes qui sont dans la cour sont affolées de voir une physionomie comme la mienne. Tout le monde me regarde, je fais frayeur, tellement la terreur est en moi. J'ai peur de penser des choses qui ne sont pas bien. Dans mon temps de pension, quand on chuchotait, je pensais qu'il y avait un mystère dans ma famille; depuis ma maladie, quand je repense à cela, je vois qu'il en a été ainsi plus tard. Mais on ne m'a jamais accusée de rien, c'était plutôt de la jalousie ; aujourd'hui, c'est de la pitié. » En s'en allant, elle se cache la figure pour traverser la cour. Ne voyant personne, elle dit qu'on a éloigné tout le monde à cause d'elle.

Elle s'inquiète constamment de son fils et craint qu'il ne passe pour un voleur : « J'ai repensé, à propos de ma tristesse, que mon fils (il est horloger) m'avait vendu une montre d'occasion. Je l'ai payée et je lui ai dit : « Pour que cela soit régulier, il faut que tu me donnes « un reçu. — Cela va sans dire, répondit-il. » Et cependant, il ne me l'a pas donné. Vous voyez bien que j'ai lieu de m'inquiéter à son sujet. Il n'est pas honnête. »

Elle revient sans cesse sur ce sujet : « Mon fils, dit-elle une autre fois, est un vaurien : c'est la pire des choses quand on vend des objets comme cela. Je crains qu'il n'emprunte et ne couvre pas ses emprunts ». Mais elle avoue qu'en réalité « elle n'en sait rien ». Du moment que je lui ai pris cette montre, s'il n'a pas rempli ses engagements, ni lui ni moi ne méritons la considération. »

Elle voudrait mourir. Elle a même eu l'idée de se tuer, et, avant son entrée, s'est échappée un soir de chez son fils pour se jeter à l'eau, mais elle n'en a pas eu le courage.

A cette époque, elle manifeste un jour une idée de persécution, mais peu précise. Un jour qu'elle avait la diarrhée, elle l'expliqua en disant, d'un ton assez indifférent d'ailleurs, qu'on avait peut-être mis quelque chose dans ses aliments, sans spécifier pourquoi. Pas d'hallucinations sensorielles.

Jusque là, Mme P... appparaît bien nettement, comme une mélan-

colique et les idées délirantes, en particulier, présentent, d'une façon typique, les caractères généraux du délire mélancolique.

La maladie progresse et, quelques mois plus tard, au début de 1891, on rencontre encore, plus accentuées même, les idées mélancoliques du début.

« On devrait me découper, me fusiller ; j'irais devant un régiment, je suis toute prête. Je suis résignée. On fera de moi ce qu'on voudra. Je suis comme une bûche, je suis un âne. Je suis le ridicule, je suis une saleté. Je suis une incapable, une paresseuse. Je suis une bête de somme, je suis rien du tout. On ne me le dit pas, je le comprends. Je ne suis pas au niveau des autres ; je suis au-dessous d'eux. Je devrais être seule, être traitée comme une bête. J'aimerais mieux être enfermée que d'être avec tout le monde. Maintenant, je ne ressens rien, tout me laisse indifférente. Qu'on fasse de moi ce qu'on voudra. Il faut croire que je suis un être inutile. Je sais que je serai coupée en morceaux. »

Mais en même temps apparaissent d'autres conceptions délirantes.

« Je ne me reproche rien. J'ai été dès mon enfance préparée comme cela. Je ne sais rien, l'histoire de la montre était une imagination. Je me suis mariée à faux, c'étaient de faux papiers ; mais on ne voulait pas me faire de mal, car, j'ai été très heureuse. Je crois que ma mère n'était pas ma mère. Mon nom n'est pas mon nom. Je suis comme un monstre physique et moral. Je suis changée du tout au tout. Mon mari ne devait pas s'appeler P..., je trouve tout drôle. Je ne sais pas d'où je sors, d'où je pars. Je ne sais pas mon âge, je ne sais rien. Quand je touchais ma rente, je ne sais pas si c'était vrai ; ça doit être faux ; ça devait être préparé par tout le monde. C'est peut-être joué contre moi. Ma mère n'est peut-être pas morte. J'y ai été franchement parce que je suis un âne. J'étais un sujet préparé contre les idées.

« Je croyais vivre comme tout le monde, mais il faut croire que ce n'était pas cela. J'ai donc été mal élevée. Je n'étais pas moi-même, il fallait que je sois guidée. C'est la faute de ma mère. Alors elle ne m'aimait pas, elle n'était pas mère, je ne sais plus. Mes parents ne sont pas mes parents. Tout mon corps me semble étrange. J'ai une sensation de vide dans le côté. Tout a été faux dans ma vie. Rien n'était vrai. »

Mme P... n'a toujours pas d'hallucinations sensorielles : en revanche elle présente très nettement le phénomène de la conversation mentale, état faible de l'hallucination motrice verbale.

« Il y a du pour et du contre dans tout. Une voix dit pour, l'autre contre. Je ne les entends pas, je les comprends. Je cause en moi-même sans parler cependant. Il m'a fallu arriver jusqu'à aujourd'hui pour cela. C'est comme des voix intérieures. » (Elle n'a pas remarqué l'articulation mentale.)

Elle n'a pas non plus d'écho de la pensée : « On sait ma pensée, on peut suivre ma lecture. Je n'entends pas, mais je le vois par les réflexions qu'on fait.

« Si je fais un rêve agréable, on fait du bruit exprès pour que je ne repose pas. Les autres ne doivent pas entendre ces bruits. Autrefois, j'avais des cauchemars la nuit, mais jamais de visions. »

Au nombre des conceptions délirantes que je viens de vous signaler, vous voyez, maintenant, Messieurs, figurer des idées de négation qui paraissent bien en rapport avec le développement d'une personnalité nouvelle, côte à côte, et au détriment de l'ancienne.

Leur apparition, dans le cas actuel, n'a rien qui puisse vous étonner aujourd'hui, car elles se présentent sous l'aspect du délire des négations mélancoliques dont nous nous sommes déjà occupés.

Toutefois, bien que la note générale du délire reste toujours bien évidemment mélancolique, il est un de ses caractères que nous voyons s'exagérer et aboutir à de nouvelles conceptions d'un ordre différent.

Ainsi, par le fait de cette tendance rétrospective que vous connaissez bien, les idées de négation deviennent la source d'une interprétation particulière. Sans arriver à refaire complètement son existence, à créer un délire métabolique complet, la malade trouve que sa vie antérieure tout entière n'a été qu'étrangeté, fausseté. Jusque là rien d'extraordinaire, mais le fait particulier, c'est qu'à ce propos, elle exprime l'idée d'avoir été en ce sens la victime d'une comédie préparée par tout le monde.

A la fin de l'année 1891, elle persévère dans cette voie et elle comprend aujourd'hui qu'elle avait une destinée. Elle est indifférente à tout maintenant, alors qu'autrefois elle était heureuse. Tout ce qui s'est passé a été fait pour cela. Tout est mensonge, archi-mensonge. Elle croit que tout est faux. Elle ne parle que de ce qu'elle sait faussement. Aujourd'hui, elle voit que tout le passé était faux, car elle n'est pas traitée comme les autres. Elle n'a pas d'affection autour d'elle. On devrait faire d'elle une victime. D'ailleurs, les internes sont là pour la brûler. Elle est tellement âne qu'elle n'ose plus ouvrir la bouche pour parler.

On devine sa pensée, et elle ne devine pas la pensée des autres. Quand elle réfléchit, les personnes qui sont autour d'elle lui font voir par leurs actes qu'elles connaissent sa pensée. Il y a eu des moments où elle prenait tout pour elle, mais maintenant elle laisse dire. Elle a entendu murmurer que sa mère l'avait eue avant son mariage, mais elle n'en sait rien. Elle suppose que ses deux filles ne sont pas mortes ; cependant, elle les a crues mortes autrefois. Il lui semble aussi, depuis, avoir reconnu sa sœur morte à 8 ans. Mlle Dup... (l'ancienne surveillante) est morte dans ses fonctions, mais elle n'est pas morte. Ses fils sont mariés, elle ne sait pas comment. Les malades du service ne sont pas malades. Une chose qui la frappe, c'est que les gens ont plusieurs rôles, ainsi Mlle Dup..., qui est aussi : Bourdon, Toursechoppe (une tante maternelle), Delleville.

Depuis cette époque, le délire n'a fait qu'évoluer sans interruption dans le même sens. Aujourd'hui, à côté des anciennes idées franchement mélancoliques, qui persistent encore, il existe, ayant acquis un grand développement, des idées de persécution particulières, comme couronnement de l'édifice délirant.

La malade est toujours très humble : elle ne se met en comparaison, dit elle, avec personne. « On m'a donné trop de prétentions et je crois tout le contraire. » Elle n'est toujours qu'une bête, qu'un âne.

Tout est mensonge dans sa vie ; elle ne sait plus rien d'exact ; ses enfants, qui sont mariés, le sont faussement ; ceux qui sont morts sont peut-être vivants, et les vivants peut-être morts. Elle en a eu quatre, mais peut-être y en avait il cinq ; elle n'en sait rien. Son mariage même était faux. Elle touchait ses rentes faussement, mais ce n'est pas de sa faute ; on s'est toujours amusé d'elle et on s'en amusera jusqu'à sa mort. Son instruction a été exprès différente de celle des autres ; on se sert d'un langage qu'elle ne comprend pas. Elle est la dupe d'une comédie préparée depuis son enfance par des gens qui l'ont toujours suivie et ont toujours eu intérêt à s'occuper d'elle ; ils étaient payés par sa famille ; elle a vu cela depuis qu'elle est ici et qu'elle a réfléchi. Ces gens l'ont attirée pour faire d'elle ce qu'ils voulaient, la faire signer. Elle y est allée comme une ânesse, ils l'ont mise dedans et ont pris son bien, mais ce bien ne leur profitera pas et retournera au gouvernement. Puis, quand on a le bien des gens, on en fait une victime. D'ailleurs, elle est bien résignée à tout, elle ne peut se défendre et « la raison du plus fort est toujours la meilleure ». Notons qu'elle est devenue fort peu communicative et répond bien souvent par la phrase classique des persécutés : « Vous le savez mieux que moi ». Si peu précises que soient ses allégations, elle ne se rend à aucun raisonnement, ne fait aucun essai de critique et garde, en ses convictions, une foi absolue.

Signalons encore ce fait important, bien que nullement singulier, la disparition des troubles émotionnels...

Pour en finir avec cette malade, je dois vous dire quelques mots de ses antécédents. Dans sa famille, nous n'avons retrouvé que des phtisiques, mais pas d'accidents nerveux caractérisés. Elle-même, sauf des migraines, a toujours joui « d'une santé de fer » et n'a eu qu'une fièvre typhoïde à 17 ans. Elle a été réglée à 15 ans. En revanche, il est à noter qu'elle a toujours eu un caractère difficile, peu sympathique, peu expansif : elle était portée à des rêveries, distraite, sans grande volonté, bien qu'assez intelligente. De tout temps prétentieuse et méfiante, elle croyait, dès sa jeunesse, qu'on parlait d'elle, qu'on l'enviait, qu'il y avait un mystère dans sa famille.

Ces tendances particulières peuvent aujourd'hui servir à nous expliquer pourquoi la malade, au lieu de guérir ou de se fixer dans son délire mélancolique et d'aboutir ensuite simplement à la démence, est entrée dans cette période de délire systématique secondaire et présente des conceptions délirantes particulières, en rapport avec certains traits de son caractère antérieur.

M. Séglas fait suivre son observation des remarques suivantes :

« Voilà donc, Messieurs, une femme qui, par le mode d'apparition, de subordination des différents symptômes de l'affection, par les caractères de son

délire, nous apparaît d'abord nettement comme mélancolique. Par la suite, au bout d'un assez long temps de maladie, nous assistons au développement d'idées de persécution spéciales, modifiant l'aspect clinique du début. Ce ne sont plus les idées de persécution ordinaires aux mélancoliques, en rapport direct avec leur état mental, dont elles portent l'empreinte, et par lesquelles ils expriment la crainte vague, très générale d'être poursuivis, espionnés par suite des fautes dont ils s'accusent. Ici, le délire des persécutions est en quelque sorte la justification des autres idées. L'accusation contre autrui est nettement formulée ; la malade a toujours été une dupe inconsciente. Si elle est devenue ce qu'elle est aujourd'hui, c'est par suite de machinations de personnes payées par sa famille qui, après l'avoir dépouillée, veulent faire d'elle une victime.

» L'idée de persécution ne représente plus, comme lorsqu'elle fait partie du délire mélancolique, une expiation méritée par des fautes antérieures. C'est l'inverse qui existe : ce sont les fautes antérieures que Mme P... a pu commettre, le *triste état où elle est réduite, qui s'expliquent par les machinations dont elle a été victime*, la comédie qui s'est jouée vis-à-vis d'elle, alors qu'elle s'est laissée faire sans rien voir, et est allé dans la vie comme une ânesse. Ce n'est plus un châtiment mérité, mais une destinée...

» Il est à remarquer encore que si l'on constate toujours les premières idées mélancoliques avec la même formule, elles ont quelque peu changé de caractère au point de vue de leur mode de rayonnement. Elles ne constituent plus un délire absolument divergent, centrifuge. Au lieu d'être des auto-accusations pures et simples, elles deviennent ainsi autant de preuves

à l'appui des convictions nouvelles relatives à la machination ourdie contre la malade, autant de griefs contre ses persécuteurs. Par une sorte de choc en retour, elles reprennent ainsi un rayonnement convergent, centripète, ce caractère égocentrique du délire de persécution de la folie systématique, dont témoignent encore ses idées nouvelles et ses interprétations délirantes incessantes lui faisant rapporter à elle-même les faits du monde extérieur. »

Tel est le premier groupe des psychoses associées de M. Masselon. « Dans tous ces cas le délire d'interprétation vient se greffer sur des troubles primitifs de l'activité cérébrale et de l'humeur ; la paranoia utilise pour l'édification de ses conceptions erronées les troubles fondamentaux de la psychose maniaque-dépressive. »

On pourrait peut-être objecter que ces cas sont des délires systématisés secondaires.

M. Masselon critique cette doctrine des délires systématisés secondaires d'origine allemande (Schüle, Krafft-Ebing) qui fut développée ensuite en Italie par Tanzi et Riva, Tonnini, Del Greco, et exposée par M. Anglade dans son substantiel rapport du Congrès de Marseille. « Le terme de délire systématisé secondaire, écrit M. Masselon, semble préjuger une affection acquise, contingente, et n'indique pas assez bien que l'affection considérée puise profondément dans la constitution même de l'individu.

» Ce qu'il faut bien comprendre, ajoute-t-il, c'est que ces malades sont avant tout des *paranoiaques*, c'est-à-dire des sujets qui du fait de leur constitution intime sont portés à faire des interprétations. Mais chez eux le tempérament paranoiaque n'est pas pur ;

il se combine à un autre tempérament, au tempérament maniaque dépressif...

» Ainsi il y a là deux psychoses qui se développent simultanément, qui se fortifient l'une l'autre et qui combinent leurs divers symptômes. On ne doit pas dire qu'il s'agit de délire systématisé secondaire à l'excitation maniaque ou à la dépression mélancolique, mais de *psychoses associées*, les deux formes mentales étant soutenues par une constitution à la fois paranoiaque et maniaque-dépressive. »

II. — L'on peut aussi expliquer par cette hypothèse tous ces délires plus ou moins systématisés qui éclosent sur des états d'excitation ou de dépression et qui disparaissent avec eux, délires généralement curables mais récidivants que M. Magnan désigne sous le nom de bouffées délirantes des dégénérés. Ce sont justement ces cas dont nous avons rapporté plus haut des observations.

Ces délires sont supportés par la psychose maniaque dépressive ; mais ils exigent pour se produire un tempérament paranoiaque.

En les considérant à la fois comme des manifestations maniaque-dépressives et paranoiaques, ou plutôt en les regardant comme des manifestations paranoiaques écloses à la faveur de la psychose maniaque-dépressive, il semble à M. Masselon que l'on en mette en lumière à la fois la nature et le mécanisme.

III. — Enfin, c'est encore au groupe des psychoses associées qu'il faut, d'après M. Masselon, rattacher ces formes morbides, où sur un délire d'interprétation primitif viennent se greffer des états d'excitation ou de dépression qui apportent aux idées délirantes une

contribution nouvelle, états qui ont d'ailleurs une tendance à évoluer vers l'affaiblissement intellectuel. Ces états ont été récemment étudiés en détail dans la thèse de Soum, inspirée par Anglade : « Sur une association de la folie intermittente et du délire de persécution » (Bordeaux, 1912). Nous ne pouvons y insister ici, nous y renvoyons le lecteur.

***

Telle est la nouvelle conception de M. Masselon que nous avons tenu à exposer longuement. Nous espérons ne pas en avoir déformé l'esprit, en tous cas nous nous en sommes tenu le plus possible à la lettre. Cette conception nous a semblé un peu analogue à celle que soutient depuis longtemps M. Anglade dans ses rapports annuels sur l'asile de Château-Picon et dans les thèses qu'il inspire à ses élèves. La conception de M. Masselon nous paraît plus nettement délimitée que celle de M. Anglade, car ce dernier auteur accorde, croyons-nous, au mot de paranoia son sens allemand, c'est-à-dire englobant tous les délires de persécutions systématisés, hallucinatoires ou non.

C'est pour cette raison que nous nous en tenons à la théorie de M. Masselon qui nous paraît infiniment séduisante et, ce qui est mieux, s'applique fort bien aux malades que nous étudions.

En effet, reportons-nous aux observations. Que voyons-nous ? Tout d'abord que nos malades présentent au cours de leur existence des accès répétés soit de manie, soit de mélancolie, soit de manie-mélancolie. C'est un fait indéniable. Si nous nous en tenons à la

définition que nous avons donnée au début de ce travail, ce sont donc des malades atteints de psychose périodique. Mais à ces symptômes est surajouté un système délirant de persécution basée sur des interprétations délirantes — et ceci n'est pas normal dans la psychose périodique. Pourquoi ce mélancolique, au lieu d'attribuer les troubles profonds de sa cénesthésie à ses fautes, à son indignité, au lieu de se croire un grand coupable et d'accepter comme une punition du ciel les souffrances qu'il éprouve, pourquoi ce mélancolique voit-il là le fait d'une vengeance, accuse-t-il son entourage plus ou moins direct d'être la cause de tous ses maux et interprète-t-il dans ce sens les moindres faits, les moindres gestes ? Pourquoi ce maniaque, excité, loquace, se livrant à des excentricités et ayant conscience de son extravagance, arrive-t-il à penser qu'il est la victime de persécuteurs et pourquoi renforce-t-il son délire par des interprétations délirantes nombreuses.

Mais les observations nous montrent que ces périodiques ont présenté de tous temps un caractère spécial, que ce sont des esprits faux, des émotifs, des ombrageux, des susceptibles, des vaniteux et qu'ils sont atteints de cette constitution que nous avons décrite dans notre introduction : ce sont des paranoiaques. Nous savons qu'en temps normal, la susceptibilité du paranoiaque, sa méfiance, sa jalousie, ses rêves de grandeur sont tenus en bride, mais qu'un état passionnel ou émotif survienne et le champ reste libre aux aptitudes délirantes.

La manie, la mélancolie, sont, nous le savons, des éléments émotionnels extrêmement puissants ;

Et alors nous comprenons facilement que ces paranoiaques, faisant de la manie ou de la mélancolie, se

révèlent comme des persécutés ou des ambitieux analogues aux malades atteints de délire d'interprétation qui est, rappelons-le, l'épanouissement suprême de leurs tendances constitutionnelles.

Parfois, cependant, leur système n'est pas aussi ferme, il est un peu mobile, ou il ne s'extériorise plus, mais c'est que la manie reprend ses droits, la fuite des idées et l'incohérence sont trop marquées, la mélancolie plonge les malades dans la stupeur et dans le mutisme. Qui peut dire alors ce que devient ce système ?

Cependant, l'orage passe, l'excitation ou la dépression se calment, le persécuté redevient un simple paranoiaque. Il rectifie ses idées délirantes comme l'ivrogne, au lendemain de son ébriété, reconnaît l'incohérence de ses paroles ou de ses actes, quitte à recommencer quand il aura bu.

De plus, parce qu'il est atteint de psychose périodique, notre malade retombera et se présentera à nouveau comme un persécuté, peut-être sera-t-il à un moment donné plus ambitieux que persécuté. Qu'importe ? L'idée de grandeur a la même valeur que l'idée de persécution pour ce malade qui, constitutionnellement, est aussi bien un méfiant qu'un orgueilleux.

Mais, nous dira-t-on, ces périodiques restent quelquefois des persécutés chroniques. Soit, le fait peut se produire, mais ne savons-nous pas que certaines psychoses périodiques, d'intermittentes qu'elles étaient, deviennent rémittentes, les accès se répètent, se rapprochent, l'intervalle lucide se restreint. Nos malades en état d'instabilité permanente ont un motif permanent d'exagérer leurs tendances, ils n'ont plus le temps de rectifier leurs idées délirantes. De plus, ces faits de chronicité ne se présentent que chez les individus qui

ont eu plusieurs accès et qui sont déjà arrivés à un certain âge. Il est permis de penser que l'involution joue un rôle important de par le fait de la diminution de l'activité psychique.

On pourrait nous objecter encore que ces malades sont bien des persécutés, mais qu'il est difficile, dans certains cas, de déceler des symptômes maniaques, ou mélancoliques. Nous croyons qu'on peut toujours découvrir ces symptômes par une analyse soigneuse. Cependant, dans le cas contraire, n'y aurait-il pas lieu de penser qu'il se passe la même chose que pour l'obsession. M. Gilbert Ballet a fait remarquer que l'obsession qu'il considère dans certains cas comme un équivalent de la psychose périodique peut être la manifestation principale de cette psychose, les phénomènes obsédants pouvant dissimuler les phénomènes de dépression et d'excitation.

On pourrait aussi penser que les états d'excitation ou de dépression de ces malades sont secondaires à leurs idées délirantes. Mais alors comment expliquer les cas où l'on observe une dépression ou une excitation, primordiale et intense, et où les idées n'apparaissent que lorsque le paroxysme dépressif ou expansif s'est calmé. Comment expliquer d'autre part les cas de ces malades qui, ayant commencé par être persécutés à la faveur d'une excitation légère, tombent au bout de quelques jours dans une agitation extrême avec fuite d'idées énorme, incohérence, cris, chants, etc. Les idées délirantes si intenses soient-elles, ne paraissent pas pouvoir expliquer à elles seules cette manie aiguë et typique. Les états d'excitation ou de dépression secondaires à des idées délirantes sont une réaction normale semblable aux réactions de l'homme normal en présence d'une situation pénible ou d'un événement

agréable ; chez les psychopathes, ces réactions sont certes exagérées, mais ne constituent pas la manie ou la mélancolie symptomatiques de la psychose périodique.

La conception de M. Masselon nous paraît cadrer parfaitement avec les cas que nous avons rapportés. Nous l'acceptons donc, sauf le titre, car le terme de psychose associée ne nous satisfait pas ; il nous semble à la fois trop vague ou trop précis. Nous nous en tenons à l'idée de l'évolution d'une psychose périodique chez les sujets de constitution paranoiaque et cette notion nous paraît expliquer parfaitement la symptomatologie, le mécanisme, l'évolution de ces délires de persécution intermittents.

Mais on peut imaginer d'autres combinaisons possibles. On peut supposer par exemple une psychose périodique évoluant chez un sujet de constitution mythomaniaque que Dupré a si bien décrite, et l'on verra se développer, à chaque accès, un véritable délire d'imagination. Ceci n'est pas hypothétique, et nous n'en voulons pour preuve que la belle observation que viennent de publier dans l'*Encéphale*, Antheaume et Trepsat (1). Nous y renvoyons le lecteur et il verra comment les symptômes extrêmement complexes que présentait la malade qui fait l'objet de ce travail, s'éclairent et deviennent compréhensibles.

Cette notion de l'évolution d'une psychose périodique chez des sujets de constitution *bien déterminée*, paraît devoir être féconde en résultats : « Tout en restant assez large et assez élastique pour englober un grand nombre d'états différents, elle est cependant plus précise que la conception très vague de la dégé-

(1) Antheaume et Trepsat. Délire d'imagination et psychose périodique. *Encéphale*, 1912.

nérescence qui noie toutes les formes dans un milieu amorphe et indéfini.

» Elle s'adapte surtout merveilleusement à chaque cas individuel qu'elle moule pour ainsi dire et dont elle garde l'empreinte. Elle substitue l'étude du malade à l'étude trop large de la maladie et, mettant en garde contre les synthèses trop hâtives, elle permet de fouiller la constitution antérieure pour y découvrir le germe de l'affection qui va s'y développer » (Masselon).

Et cependant l'on pourra nous dire que malgré tout, tout cela n'est qu'hypothèse.

Mais alors, nous dirons avec Claude Bernard (1) que les hypothèses sont indispensables et que leur utilité est de porter la science en avant. Sur ces hypothèses, bâtissons des théories, car il ne faut pas, suivant l'expression de Priestley, rester dans l'inaction par une fausse modestie fondée sur la crainte de se tromper.

Les théories « vivront ce que doivent vivre des théories nécessairement très partielles et provisoires quand on est au début d'une nouvelle série de recherches. Mais elles seront plus tard remplacées par d'autres qui représenteront un état plus avancé de la question et ainsi de suite. Les théories sont comme des degrés successifs que monte la science en élargissant de plus en plus son horizon, parce que les théories représentent et comprennent nécessairement d'autant plus de faits qu'elles sont plus avancées. Le vrai progrès est de changer de théorie pour en prendre de nouvelles qui aillent plus loin que les premières, jusqu'à ce qu'on en trouve une qui soit assise sur un plus grand nombre de faits ».

(1) Claude Bernard. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris-Delagrave, 3e éd. 1912, p. 261.

CHAPITRE IV

MÉDECINE LÉGALE — TRAITEMENT

En tant qu'interprétateurs et persécutés, les malades qui nous occupent peuvent avoir des réactions antisociales qui nécessitent l'intervention de la justice. Le médecin expert peut être appelé à donner son avis.

Le rapport suivant que nous empruntons à Ducosté (1) est une observation absolument typique de psychose périodique avec délire d'interprétation, et il résume d'une façon parfaite la conduite à tenir en pareil cas au point de vue médico-légal.

OBSERVATION XVII

(Ducosté)

Je soussigné, etc...

... Après avoir pris connaissance, au Palais de Justice de Chambéry, des pièces de l'information judiciaire, du dossier médico-administratif, établi à l'asile de Bassens, pendant un séjour qu'y fit X... en 1901-1902, interrogé M. Y., négociant à Aix-les-Bains, dont l'in-

(1) Ducosté. Deux malades atteints de psychose maniaque-dépressive. *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, juillet 1909.

tervention provoqua le premier internement du sujet et qui, au surplus, spontanément, m'a déclaré connaître l'arrestation de X... à M.... le 25 juillet dernier et sa mise en observation à Bassens ; interrogé également le père de X..., examiné à plusieurs reprises le sujet à l'asile de Bassens, m'être entouré de tous les renseignements capables d'éclairer mon jugement, ai, en mon honneur et conscience, consigné mon opinion dans le présent rapport, dont j'affirme le contenu sincère et véritable.

Les antécédents de X... peuvent se résumer ainsi :

Il a été interné une première fois, du 18 octobre 1901 au 17 juin 1902, à l'asile de Bassens, sur certificats médicaux portant qu'il était atteint de « maladie de Lasègue ; délires de persécution ; délire des persécutés persécuteurs ; dégénérescence mentale » certificats provoqués par une plainte du sieur Y..., que X... avait attaqué à main armée sur la voie publique.

Le 20 septembre 1905, la femme de X... intenta une action en divorce pour excès, sévices et injures graves. Un jugement en séparation de corps et de biens, rendu le 17 mai 1906, devint définitif en octobre de la même année. La séparation fut prononcée aux torts du mari et les deux enfants, issus du mariage, confiés à la demanderesse. Le président du Tribunal avait décidé que, pendant l'instance, les enfants resteraient confiés aux beaux-parents de la femme.

Le 30 septembre 1907, la femme, séparée de X..., accompagnée d'un huissier et de deux gendarmes, alla chercher ses enfants chez les parents du père, à M..., celui-ci le lendemain, alla les reprendre à sa femme, habitant alors dans la commune de X..., et les ramena chez ses parents.

Entre temps, le 20 août 1907, X... arrachait par la force et avec des menaces, 2 mètres de palissades, appartenant au sieur B..., séparant leurs biens mitoyens à M...

Sur plainte de la femme de X... et de B..., le parquet de Chambéry lançait, le 15 novembre 1907, un mandat d'arrêt contre X... Gabriel, pour bris de clôture et rapt d'enfants.

X..., recherché en Savoie, à Grenoble, à Lyon, à Paris, resta introuvable.

Il fut condamné par défaut, le 16 janvier 1908, à un mois de prison et 16 francs d'amende.

Arrêté à Dôle le 28 mai suivant, il fit immédiatement opposition au jugement qui l'avait condamné.

Transféré à la maison d'arrêt de Chambéry, il fut acquitté comme irresponsable sur le certificat du Dr Carret, en date du 30 juin dernier.

Rendu à la liberté le 8 juillet, il retourna chez ses parents, à M..., où sa conduite et ses menaces contre les voisins éveillèrent la présomption qu'il était aliéné. Son arrestation et son transfèrement pour mise en observation, à l'asile de Bassens, furent opérés par M. le Commissaire central de Chambéry, le 25 juillet 1908, sur arrêté de M. le Préfet de Savoie datant du même jour.

X... a opposé une vive résistance à son arrestation et il a dû être

maintenu par quatre officiers de police, sous la conduite desquels il est arrivé à l'asile.

Depuis son internement il est relativement calme ; il affirme ignorer les causes de son internement et ne comprendre absolument rien à son arrestation. Cependant pour peu qu'on lui montre qu'on n'ignore point ses antécédents, il s'emporte, discute avec colère les faits et les appréciations, cite les articles du code en les interprétant d'une façon illogique, et laisse paraître qu'il se juge poursuivi par la haine des magistrats, qui, l'ayant condamné et maintenu illégalement en prison, essayent de le perdre pour empêcher ses révélations.

X... n'émet pas ces idées de persécution à la manière des persécutés chroniques, qui échaffaudent habilement leurs arguments et discutent pied à pied, avec leurs interlocuteurs. C'est par interjections et par interrogations qu'il procède. Il ne dira pas par exemple : « Ayant commis une illégalité, les juges veulent me faire passer pour aliéné afin de détruire la portée de mes allégations », mais : « De quel droit me fermer la bouche ? — Si je prouve que j'ai ma raison, que diront-ils ? — Honte à ceux qui m'ont jugé par défaut, etc. »

Très rapidement son ton s'élève et il fait se succéder des lambeaux de phrases, où il est souvent difficile de trouver un sens et impossible de voir une liaison logique.

X... montre donc, dès le début de l'interrogatoire, le phénomène psychologique connu sous le nom de « fuite des idées ». Il s'y joint très nettement du relâchement de la logique, de la faiblesse de l'attention et, bien que l'agitation motrice fasse actuellement défaut, tous les autres caractères psychologiques de l'état maniaque.

X... présente actuellement un état maniaque certain.

Mais cet état maniaque est doublé d'un délire que l'on peut, en rattachant les uns aux autres les aveux du malade, reconstituer en son entier.

Au surplus, ce qui est intéressant à noter, c'est que X... n'a aucune espèce d'hallucinations et ne paraît jamais en avoir eu. Son délire est exclusivement alimenté par des interprétations délirantes excessivement nombreuses et variées et dont quelques-unes sont tellement étranges et typiques, qu'elles ont été remarquées par les habitants de M... eux-mêmes et jugées, non comme des hallucinations, mais comme interprétations.

Voici, résumé, le délire de X...

Sa femme le trompe et depuis les premiers temps de leur mariage. Il s'en est aperçu tout de suite à divers indices indubitables.

Lorsqu'elle allait à Chambéry, les habitants de M... faisaient passer des bêtes à cornes sur la route et le regardaient avec un sourire qui en disait long.

Y..., son voisin, lui faisait des signes faciles à comprendre. Un jour, il mit des rideaux jaunes à sa fenêtre. « le jaune, couleur des cocus ».

On alla plus loin : le *Petit Journal* fit paraître un feuilleton où l'on racontait par le détail son infortune conjugale. Sa femme y était dépeinte sous un nom supposé et lui-même, portait le nom de E... « Qui pouvait écrire ce feuilleton, sinon Y... qui, négociant en papiers,

correspondait facilement avec les journaux ». D'ailleurs n'arriva-t-il pas un jour à M... avec un *Petit Journal* à la main ?

Devant toutes ces preuves de son infortune, il fit des reproches violents à sa femme et la frappa à plusieurs reprises. Ses beaux-parents lui en gardèrent rancune. Ils ameutèrent contre lui, à Genève, à Chambéry, une foule de vauriens ; il ne pouvait aller dans un café sans que les consommateurs eussent, à son adresse, des sourires et des gestes outrageants. Il a failli être tué, une fois, par un groupe de ces coquins auxquels il demandait des explications.

Non seulement on l'injuriait ainsi, on se moquait de lui, à propos de la trahison de sa femme, mais encore on l'a accusé de viol. C'était en toutes lettres dans le feuilleton du *Petit Journal*. Cette accusation infâme a fait déborder le vase ; il a attendu Y... sur la route et s'est jeté sur lui armé d'une hâche. C'est d'ailleurs Y... qui l'a provoqué, aussi a-t-il porté plainte contre lui. Mais son agresseur, pour éviter que ne fussent dévoilés ses inqualifiables procédés, l'a fait passer pour fou et interner à Bassens.

C'est là le fond, la trame même du délire de X...

Mais sur cette trame, il brode une foule d'autres épisodes délirants : tout le village lui en veut (et de fait il a proféré des menaces de mort contre ceux qui ont déposé en faveur de sa femme dans son procès en divorce). C'est ainsi qu'en arrachant la palissade de B... il lui a dit : « Vous avez déposé contre moi dans mon procès en divorce, mais ne vous trouvez jamais sur mon chemin, ou je vous fends la tête. »

B... n'avait pas le droit de mettre sa palissade là où elle était ; aussi bien on viole impunément la loi pour le perdre, lui, X... ; les juges l'ont condamné illégalement, les gendarmes l'ont arrêté illégalement ; c'est illégalement qu'on le maintient à l'asile.

Et il cite, en les interprétant faussement, des articles du code et émaille ses protestations d'expressions juridiques.

Le délire de ce malade est donc indubitable : c'est un délire de persécution basé sur des interprétations fausses.

Ce délire est-il continu ou survient-il seulement par accès ? C'est là un point de la plus haute importance pratique à élucider.

Ici les renseignements des voisins de X... manquent. Une présomption est en faveur de l'intermittence du délire, c'est la guérison ou l'amélioration du malade après ses huit mois de traitement à Bassens, en 1902.

Scientifiquement on peut arriver à des conclusions plus précises.

Tout d'abord X... n'est pas atteint de délire de persécution compliqué d'un état maniaque, mais d'état maniaque compliquée d'idées de persécution ; je veux dire que la manie (excitation psychique) est l'état fondamental, que les idées de persécution si elles sont très importantes au point de vue social, sont secondaires au point de vue du diagnostic médical.

En effet, s'il existe un « délire d'interprétation » constituant à lui seul une psychose, comme l'ont montré, en de remarquables travaux, MM. Sérieux et Capgras, il est vrai aussi que les idées plus ou moins bien systématisées de persécution, basées sur des interprétations

délirantes, peuvent se greffer sur toutes les formes d'affections mentales.

Chez X... elles se greffent sur un état maniaque originel.

Les réactions du malade semblent être celles d'un persécuté, mais elles présentent un désordre et une naïveté, si j'ose dire, qui sont le fait d'un maniaque. Et il en est de même de la violence et de la grossièreté des injures qu'il hurlait sous les fenêtres de ses voisins pendant des nuits entières.

X... est un maniaque, qui délire sous une influence qui nous échappe (c'est peut être l'hérédité : je n'ai pas à insister sur ce point).

Or les accès maniaques guérissent.

Il est très probable que lorsque l'accès d'excitation du malade cessera (et il cessera certainement), le délire disparaîtra également, ou tout au moins s'atténuera considérablement. Il est très possible qu'à chacun de ces accès X... reprenne son délire où il l'a laissé à l'accès précédent.

Scientifiquement encore, on peut prévoir que X... a eu et aura de nouveau, tôt ou tard des accès de mélancolie, et vu la facilité à délirer de ce malade que ce seront des accès de mélancolie délirante.

En effet et bien qu'un petit nombre d'aliénistes ne l'admettent pas encore, il est extrêmement rare, pour ne dire plus, que les accès de manie ne soient précédés, suivis ou remplacés par des accès de mélancolie.

L'ordre dans lequel ces accès apparaissent est variable et à l'ensemble des formes de ces associations on donne le nom de psychose-maniaque dépressive.

C'est là l'affection mentale dont X... est atteint. X... a eu et aura des accès de mélancolie par le seul fait qu'il a, à l'heure actuelle, un accès de manie. Cette prévision est entièrement confirmée par la lecture des renseignements recueillis sur le malade.

Sans chercher à interpréter diverses notes médicales où le mutisme, la taciturnité, l'air sombre du malade, sont mis sur le compte de la réticence, je citerai, à l'appui de l'opinion que j'exprime ici, une indication du Maire de M... en date du 30 octobre 1901, ou X... est noté comme « sujet à la mélancolie », et surtout un paragraphe du certificat du docteur Evraut, en date du 11 octobre 1901, ou ce distingué praticien, ayant soigné X... un an auparavant à l'Hôtel-Dieu, décrit ainsi son état : « Je le trouvais immobile dans son lit, déclarant qu'il ne pouvait bouger, ni parler, qu'il était mort qu'il ne pouvait rien manger, que son corps était pourri. » Description frappante d'un accès de mélancolie délirante.

Il semble bien encore que le 15 juin 1908, devant M. le juge d'instruction de Chambéry, X... ait eu un accès de mélancolie (souvent ces accès se mêlent intimement aux accès maniaques et dans la même journée le malade est tantôt excité tantôt déprimé). Ce jour-là, devant le juge d'instruction, X... arrogant et très sûr de ses droits à l'ordinaire, s'exprime ainsi : « Je suis sans domicile, je ne sais pas si je suis marié, j'ai deux enfants, j'ignore si ma femme a eu le droit de garder mes enfants. Je n'ai pas connaissance d'un bris de clôture... »

Il y a là peut-être, une tendance aux idées de négation assez fréquente dans la mélancolie délirante.

Enfin X... m'a avoué avoir fait cette année un séjour à l'Hôtel-Dieu de Paris, pour pneumonie, dit-il. Si l'on rapproche cet aveu de la disparition de l'inculpé pendant plusieurs mois et de l'inutilité des recherches que fit à son sujet à Paris, la Préfecture de Police, ne peut-on penser que X... était alors l'hôte d'un asile d'aliénés de la Seine, ou de province et que, mélancolique, inerte, n'ayant pas donné son nom comme cela se voit dans la mélancolie, il ait ainsi pu se soustraire aux actives recherches dont il fut l'objet.

Ce n'est qu'une hypothèse, sans doute, mais il serait très intéressant d'en rechercher le bien-fondé.

Quoi qu'il en soit sur ce point secondaire, les conclusions que je poserai ici seront : 1° scientifiques ; 2° pratiques. Elles découlent directement les unes des autres.

1° *Conclusions scientifiques.*

1° X... est atteint de psychose maniaque dépressive à forme délirante.

2° Dans les périodes de manie, le délire revêt la forme de délire de persécution basé sur des interprétations délirantes. Le malade est actuellement dans une des phases de sa psychose.

3° Si, en l'absence de renseignements précis, on ne peut dire comment s'enchaîneront les accès futurs de manie-mélancolie du malade, on peut cependant, vu l'âge du sujet, l'absence d'intoxication et le bon état général, affirmer que l'accès actuel guérira pour récidiver d'ailleurs.

4° Il n'est pas possible de dire d'une façon formelle si, l'accès maniaque terminé, le délire de persécution présenté actuellement par le malade disparaîtra. Il est probable cependant qu'il s'atténuera beaucoup et n'entraînera plus de réactions violentes.

Il est à peu près certain qu'il récidivera lorsque récidivera l'accès maniaque lui-même.

2° *Conclusions pratiques.*

1° X... ne jouit pas actuellement de ses facultés mentales, il est atteint d'excitation maniaque avec délire de persécution.

2° Il est irresponsable de ses actes.

3° Ses réactions sont violentes et il est un danger pour l'ordre et la sécurité publiques.

4° Il doit être maintenu d'office dans un asile d'aliénés.

5° Lorsque l'accès maniaque dont souffre actuellement le malade sera terminé, X... ou bien présentera un accès de mélancolie et devra être maintenu à l'asile, ou bien présentera un état mental où ne s'observeront ni excitation, ni dépression et qui devra faire l'objet d'un examen spécial et d'un rapport nouveau par le médecin traitant.

Intervalles lucides. — Comme tous les intermittents, ces malades soulèvent la question de savoir quel est leur degré de responsabilité au cours de l'intervalle lucide.

Rappelons tout d'abord quelles sont les différentes formes d'intervalle lucide et à propos de chacune d'elles, nous rapporterons les opinions de quelques auteurs.

Dans une « Etude médico-légale sur les intermissions dans les maladies mentales », Doutrebente distingue dans les intervalles lucides trois états différents :

1° L'*intermission* ou *intermittence* est une période d'état normal séparant deux accès de folie.

2° Le *moment lucide* est une suspension complète,

mais courte, des troubles mentaux, un éclair de raison au cours d'un accès de folie. Il diffère de l'intermission par sa brièveté et par ce fait qu'il ne sépare pas deux accès, mais qu'il interrompt momentanément le cours même d'un accès.

3° La *rémission* est une simple atténuation des symptômes pendant un temps plus ou moins long. La rémission a surtout été étudiée au cours de la paralysie générale. Nous ne nous en occuperons pas ici.

Intermittence. — Voici d'abord l'opinion de Falret : « Une intermittence vraie est en réalité une guérison temporaire ou momentanée. On doit dès lors lui appliquer la règle applicable à la raison elle-même, c'est-à-dire considérer l'individu qui se trouve dans cet état comme jouissant de toute sa raison, partant, de toute sa responsabilité légale et de sa capacité civile. La seule difficulté dans ces cas, et elle est souvent très grande, est une difficulté clinique, une question de diagnostic. Il s'agit pour l'expert d'établir par des preuves péremptoires et certaines, que l'individu soumis à l'examen, était bien, au moment de l'action, dans une véritable période d'intermittence, dans un état de guérison réelle et non apparente et non pas dans une simple rémission plus ou moins prononcée, ou dans un état de dissimulation du délire par la volonté du malade, comme cela arrive si souvent, par exemple, dans les périodes de rémission du délire de persécution. Ce problème clinique est souvent très difficile à résoudre et c'est là un des points les plus délicats de la médecine légale des aliénés. Mais en principe on ne peut nier que les périodes d'intermittence vraie existent souvent dans les maladies mentales et que pendant ces périodes, l'individu doit être consi-

déré comme ayant recouvré sa responsabilité morale et sa capacité civile. »

Doutrebente, dans le mémoire que nous citions plus haut, exprime une opinion assez analogue : « Pendant l'intermission, dit-il, le fou intermittent peut et doit être assimilé à un aliéné guéri ou à l'homme sain de corps et d'esprit et, par conséquent, il possède la capacité civile et la responsabilité de ses actes ». Cependant, Doutrebente fait ensuite quelques réserves à propos des intermissions de courte durée qui se rapprochent alors des moments lucides.

Notre excellent maître, M. Ch. Vallon, dans son article du traité de pathologie mentale de Gilbert-Ballet, article où nous avons puisé les éléments de ce paragraphe, s'exprime ainsi : « Pour notre part nous ne pouvons admettre la responsabilité complète que dans le cas d'une intermittence longue et parfaite, quand le retour à la raison s'est fait depuis déjà quelque temps et doit avoir encore une assez longue durée. On ne saurait, en effet, assimiler à un homme normal un individu qui vient de sortir d'un accès d'aliénation mentale ou qui est sur le point d'y entrer. Il faut, nous le répétons, pour pouvoir conclure à la responsabilité entière, être sûr que la guérison temporaire est bien réelle et bien complète, ne sera pas éphémère et de plus que l'acte incriminé ne présente en rien un caractère pathologique. En dehors de ces conditions, en présence d'un inculpé qui a commis une infraction entre deux accès d'aliénation mentale, il est juste et légitime de conclure non à la responsabilité complète mais à la responsabilité atténuée. »

Moments lucides. — M. Ch. Vallon fait remarquer que « cette lucidité éphémère ne saurait faire disparaî-

tre momentanément l'irresponsabilité habituelle d'un aliéné. D'ailleurs la question de responsabilité se pose rarement dans ce cas et c'est plutôt au point de vue des actes civils que l'expert peut être appelé à donner son avis. Comment pouvoir dire après coup si une personne en état habituel d'aliénation mentale a fait un testament ou accompli un acte civil quelconque pendant un intervalle lucide ayant duré juste le temps nécessaire à la confection de ce testament, à l'accomplissement de cet acte ? Il n'y a qu'un moyen, nous semble-t-il, c'est l'examen de ce testament ou de cet acte ; il faut voir si celui-ci porte ou non la marque de la folie. Quant aux témoignages des personnes présentes au moment de l'acte, ils sont généralement trop intéressés et partant trop suspects pour qu'on puisse leur attribuer une valeur décisive ».

A propos des moments lucides, une question peut se poser pour l'aliéniste : c'est celle de la sortie de ces malades. Il peut arriver, en effet, que ces malades, à une période avancée de leur psychose, ne présentent plus que des intervalles lucides de très courte durée, se réduisant à quelques jours, à quelques heures même. Supposons alors qu'un membre de la famille, ayant un intérêt quelconque à la sortie du malade, vienne le visiter au moment de cet intervalle. Il demandera aussitôt l'exeat de son parent, et si, comme il doit le faire, le médecin refuse, l'intéressé protestera avec véhémence et criera partout à la séquestration arbitraire. Il s'adressera à la justice, au procureur de la République. Ce dernier demandera un rapport au médecin qui confirmera son opinion. Si le procureur est intelligent, il accordera confiance au médecin et les choses en resteront là. Mais que la famille s'obstine, elle peut

constituer avoué et demander en vertu de l'article 29 de la loi de 1838, la comparution du malade devant le Tribunal civil qui ordonnera soit le maintien à l'asile, soit la mise en liberté immédiate. Nous allons rapporter une observation qui est un bel exemple de ce processus.

OBSERVATION XVIII

(*inédite.*)

F..., Ludivine-Marie, femme B..., née le 10 mars 1861.

Mère nerveuse, excentrique.

Sœur déséquilibrée.

Réglée à 17 ans ; depuis cette époque les règles surviennent de façon irrégulière, sont pénibles. Des troubles mentaux se manifestent pendant ces périodes depuis douze ans environ. Alors elle présente des idées de persécution surtout à l'égard de ses voisins qui disent du mal d'elle, lui adressent des injures. Elle a intenté un procès à un voisin sans motif. Les gens qui passent dans la rue la regardent de travers. Elle a une fois poursuivi un bicycliste et lui a jeté un seau d'eau dans les jambes parce qu'il s'était moqué d'elle.

Se montre parfois violente à l'égard de son fils, disait à son mari : « Il faut que je te tue, on devrait t'attacher à un arbre pour te fusiller. » Elle se relevait la nuit, courait dans les magasins, a jeté un jour son lit par terre, tordait les pincettes, rendait l'existence de son mari impossible en raison de sa violence.

Certificat d'admission. — Troubles intellectuels, affectifs et sensoriaux variables suivant le moment où l'on observe le sujet. Troubles à type circulaire très manifeste.

Première admission. — 14 *septembre* 1902. — *Certificat immédiat.* — Délire des persécutions avec hallucinations de l'ouïe. On l'appelle bête quand elle passe dans la rue, on se moque d'elle, on l'insulte. Excitation par intervalle (Dr Leroy).

28 *septembre* 1902. — *Quinzaine.* — Délire des persécutions avec hallucinations de l'ouïe. Malade très réticente, cachant soigneusement son délire (Dr Leroy).

30 *septembre.* — Se plaint de tout, elle est mal nourrie, mal couchée, les infirmières ne sont pas assez polies envers elle, très désagréable ; dit des injures à tout le monde.

3 *février* 1903. — Loquace, difficile à diriger, s'excite souvent, a frappé les infirmières.

28 *février* 1903. — Très agitée, violente, a essayé de frapper une sœur. Désagréable, récrimine sans cesse.

23 *mai* 1903. — Traverse de nouveau une période d'excitation.

14 *août*. — Plus calme depuis une quinzaine de jours, est sortie avec son mari, a passé une après-midi en ville cette semaine et s'est bien conduite.

21 *août*. — De nouveau très agitée, parle sans discontinuer, va et vient, fait des réclamations contre tout le monde.

31 *octobre*. — Excitée, criarde, réclameuse, ne tient pas en place, se plaint de tout et de tous.

26 *février* 1904. — Très agitée en ce moment, a cassé un carreau et l'a jeté à la figure de la sœur.

5 *octobre*. — Un peu plus calme.

10 *décembre*. — Agitée, a frappé une malade et une infirmière.

15 *décembre*. — Calme, cause raisonnablement, reconnaît qu'elle a été malade, dit qu'elle n'a pas à se plaindre de la maison. Cette malade n'a jamais été aussi bien depuis son entrée à l'asile.

27 *décembre*. — Recommence à se disputer.

21 *janvier* 1905. — Excitée, défend aux médecins d'approcher d'elle, « parce qu'ils la travaillent, lui font subir des manœuvres inavouables ».

17 *février*. — Très agitée.

17 *mars*. — Très agitée, a frappé les autres malades à coup de chaises. Passée à l'isolement.

22 *août*. — Toujours à l'isolement, se plaint de tout le monde.

22 *mars* 1906. — Très difficile à diriger, se montre irritable, se dispute sans cesse, « on lui monte des bateaux ». Idées de persécution et plaintes hypochondriaques.

1er *août*. — Replacée au pensionnat. Après quelques jours de calme elle se montre de nouveau désagréable, se plaint de tout, se dit frappée par les infirmières et les malades, se prétend persécutée par l'entourage, exprime des plaintes hypochondriaques.

7 *septembre*. — Excitation presque continuelle, plaintes hypochondriaques incessantes. Nombreuses idées de persécution.

25 *octobre*. — La malade est particulièrement irritable et excitée depuis quelques jours. Se plaint de ses compagnes, les injurie, en a frappé quelques-unes. Sentiments hostiles à l'égard de son mari, idées

hypochondriaques, se plaint de douleurs dans les jambes, le dos, la poitrine.

Novembre-décembre. — Excitation continue.

5 *janvier* 1907. — Calme depuis une dizaine de jours, mais toujours exigeante, réclameuse, se plaint de douleurs imaginaires et prétend qu'elle n'est pas soignée comme il convient.

15 *janvier* 1907. — Plus calme depuis quinze jours, récrimine néanmoins contre sa détention et contre le manque d'attention à son égard. Se plaint de douleurs névralgiques multiples et vagues.

19 *janvier* 1907. — Sortie à la demande de son mari.

Deuxième admission. — 23 *mai* 1908. — *Renseignements donnés par le mari.* — La malade est restée à peu près calme de mai à décembre 1907, mais depuis cette époque elle a eu de fréquentes périodes d'excitation, surtout au moment de ses règles.

Samedi dernier elle s'est mise sur le seuil de sa porte, a interpellé des passants, invectivé son mari, ameuté les voisins, puis rentrée chez elle, a arraché ses effets, chanté à tue-tête, cassé un verre de lampe, brisé des carreaux (d'où une blessure à la main), fait du tapage pendant toute la nuit. Le lendemain, elle a jeté son portemonnaie, ses habits et sa montre par la fenêtre et n'a pas cessé de parler et d'injurier son mari et son fils.

Pendant son séjour à P. A., elle a constamment manifesté des idées de persécution : tout le monde lui en voulait et lui faisait des misères, des voisins se moquaient d'elle, la regardaient de travers.

6 *juin* 1908. — Loquace, irritable, prétend que ses voisines se moquent d'elle. Ses nombreuses interprétations délirantes la rendent très difficile à diriger.

9 *juin.* — Excitabilité, irritabilité, prétend qu'on la traite de putain.

3 *septembre.* — Alternatives d'excitation et de dépression. Par moment, elle est agitée, loquace, gesticule, se plaint de tout, de la nourriture, du personnel, taquine les malades et parfois même se livre sur elles à des actes impulsifs violents. D'autres fois, elle est déprimée, mélancolique, parle peu, présente des idées hypochondriaques multiples, déclare qu'elle est perdue, qu'elle a une maladie de cœur ou de l'utérus.

On constate chez elle des idées de persécution non systématisées, sans aucun phénomène hallucinatoire.

15 *novembre.* — Un peu plus calme depuis quelques jours, se montre plus polie, se plaint moins, travaille.

24 *novembre.* — Redevenue désagréable, coléreuse. Elle est très malade, mal soignée ; ses varices vont éclater, son utérus a besoin de soins, il faut l'envoyer à l'infirmerie, etc....

7 *décembre*. — Extrêmement agitée, loquace, fuite des idées ; frappe du pied, ne reste pas en place ; tendances érotiques.

3 *janvier* 1910. — Etat stationnaire. Psychose périodique. Logorrhée, fuite des idées, agitation motrice. Idées délirantes de persécution sans systématisation, pas d'hallucinations. L'humeur est toujours morose. Elle se plaint de tout et présente parfois des réactions dangereuses.

20 *février*. — Excitée de nouveau, loquace, gesticule, idées de persécution.

2 *mars*. — Plus calme.

18 *mars*. — Accès d'agitation avec logorrhée.

1er *septembre*. — Période de calme, légèrement euphorique, tendances érotiques.

13 *septembre*. — L'excitation reparaît avec idées hypochondriaques et caractère coléreux.

Novembre 1910. — Sa sœur, qui avait, à diverses reprises, réclamé sa sortie pour la reprendre, malgré l'opposition du mari, menace, ne la trouvant pas malade, de s'adresser à la justice, et, sur le refus formel de lui livrer la malade, fait une démarche au Procureur de la République. Celui-ci s'informe auprès du médecin-chef qui répond par le certificat suivant :

« Cette malade, atteinte de psychose maniaque-dépressive, est sujette à des périodes d'excitation pendant lesquelles elle se montre turbulente, loquace, coléreuse, irritable et se livre à des actes de violence. D'autres moments elle est au contraire déprimée, mélancolique, hypochondriaque.

« Elle ne pourrait, en raison de ses fréquents accès d'agitation, rester en liberté sans danger pour la sécurité publique. »

Octobre 1911. — L'état reste le même.

Novembre 1911. — La sœur de la malade persiste dans son intention de la faire sortir, prend un avoué qui réclame un certificat de situation :

« Psychose maniaque dépressive caractérisée par des phases alternatives d'excitation et de dépression.

» Dans les périodes d'excitation, elle est loquace, gesticule, se plaint de la nourriture, du personnel, taquine les malades, et, parfois même, se livre sur elles à des actes de violence. A d'autres moments, elle est déprimée, mélancolique, présente des idées hypochondriaques multiples, se montre morose et irritable.

» Cette malade, dont les troubles intellectuels remontent à plusieurs années, n'offre plus que des chances très douteuses de guérison. »

Avril 1912. — La sœur de la malade insiste à nouveau pour obtenir

sa sortie et obtient la comparution de Mme B... devant le Tribunal civil d'Evreux, en chambre du conseil, le 22 mai.

25 *mai* 1912. — Remise en liberté en vertu d'un jugement du Tribunal civil d'Evreux ordonnant sa sortie immédiate.

Troisième admission. — 5 *juillet* 1912. — La sœur de la malade, qui la ramène, avoue que celle-ci a présenté des troubles mentaux dès les premiers jours de sa sortie, qu'elle est toujours restée très loquace et excitée. Mme M... (sœur) déclare qu'elle est décidée à ne plus faire aucune démarche pour obtenir une nouvelle sortie et ajoute que « tout aurait bien été sans le mari... et l'avoué. »

Certificat d'admission. — « L'état de la malade est tel qu'il est impossible de la laisser libre. »

Certificat immédiat. — « Pyschose maniaque dépressive.

» Cette malade était sortie, malgré avis contraire, en vertu d'un jugement du Tribunal civil d'Evreux ordonnant de la remettre à sa sœur.

» Ainsi que je l'en avais prévenue, celle-ci n'a pas pu la garder. Mme B... présente en effet des accès d'agitation pendant lesquels elle manifeste des idées de persécution, émet des récriminations continuelles, se livre à des actes de violence. En tous temps, elle est irritable, désagréable, insociable. »

20 *juillet* 1912. — Loquacité, idées de persécution, interprétations délirantes.

13 *novembre*. — Excitée, grossière, a frappé une autre malade.

Cette observation donne raison en tous points aux critiques formulées par Hervé dans sa récente thèse sur « L'article 29 de la loi du 30 juin 1838 », et dont voici les conclusions :

1° L'article 29 de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, conçu dans un but de défense de la liberté individuelle, permet juridiquement la mise en liberté d'aliénés dangereux. De nombreux exemples le prouvent.

2° La cause de cet état de choses est que les vérifications nécessaires de l'état des aliénés, prescrites par la loi sont mal faites ou ne sont pas prises en considération par les magistrats, dont le pouvoir est dans ce cas arbitrairement absolu.

3° Parmi les législations en vigueur à l'étranger, seule la législation belge, dont se rapproche la loi Dubief votée à la Chambre le 24 janvier 1907, est meilleure mais insuffisante.

4° La seule solution à apporter à cette situation semble être la création des tribunaux médicaux possédant seuls la compétence réelle et juridique pour examiner les réclamations relatives aux aliénés et leur donner suite.

Traitement. — Nous n'avons que peu de choses à dire du traitement de ces malades. C'est celui que l'on institue pour tous les périodiques. Cependant Dubourdieu fait une remarque assez juste à propos de ces malades : « Tandis qu'il faut se garder de discuter les idées délirantes d'un persécuté chronique, il est au contraire extrêmement avantageux d'instituer chez ces malades aigus un traitement moral; le médecin doit par de bons conseils, sans heurter de front le délire, essayer d'aider les malades à corriger leurs interprétations fausses. Köppen n'a eu qu'à se louer d'avoir employé cette méthode ».

CONCLUSIONS

I. — Il existe des cas de psychoses récidivantes dont les accès se traduisent par des idées de persécution parfois systématisés au point de simuler à s'y méprendre un délire de persécution à évolution systématique.

II. — Ces idées de persécution, variées, mais dont les plus fréquentes sont des idées de jalousie, de vol et d'empoisonnement, sont basées sur des interprétations délirantes. — Les hallucinations, en dehors de complication confusionnelle possible, sont rares, épisodiques, analogues à celles que l'on rencontre dans le délire d'interprétation.

III. — On observe également, chez les mêmes malades, des accès où prédominent des idées ambitieuses, les idées de persécution existant toujours mais restant au second plan.

IV. — Grâce à une analyse soigneuse on arrive à découvrir, au cours de ces accès, les symptômes fondamentaux de la manie (fuite des idées, agitation mo-

trice) ou de la mélancolie (dépression, arrêt de la pensée) ; ces symptômes sont d'ailleurs parfois assez discrets, parfois au contraire plus accentués.

V. — Ces accès de délire de persécution guérissent mais récidivent et sont séparés par un intervalle lucide au cours duquel les malades ne présentent plus d'idées délirantes et reconnaissent le caractère maladif de leurs préoccupations antérieures.

VI. — Il semble donc légitime d'admettre que ces malades sont atteints de psychose périodique.

VII. — Mais les accès de leur psychose présentent un aspect spécial (idées de persécution, idées ambitieuses) du fait du terrain sur lequel elle évolue. En effet, lorsqu'on peut avoir des renseignement, son apprend que ces malades, en dehors de leurs accès, ont présenté des troubles du caractère, que ce sont des méfiants, des susceptibles, des orgueilleux. Ce sont des sujets de constitution paranoiaque.

VIII. — Nous pensons donc, avec M. Masselon, que ces malades sont des paranoiaques qui font de la psychose périodique. A chaque accès qui exagère et exaspère leurs tendances habituelles (méfiance et orgueil), ils se montrent comme des persécutés ou des ambitieux.

IX. — Cependant, il peut arriver qu'au cours de l'évolution de la maladie certains accès ne se présentent pas avec les caractères paranoiaques que nous venons d'indiquer, et que ces malades se montrent comme des maniaques ou des mélancoliques purs. Ce fait ne peut que renforcer notre thèse en démontrant qu'il

s'agit bien de périodiques. Mais alors la fuite des idées, l'agitation motrice ou l'inhibition psychique, sont trop accentuées pour que le malade puisse élaborer son délire. C'est ce qui se passe au cours de certains accès qui débutent par un délire de persécution, puis l'agitation et l'incohérence croissant, la dépression allant jusqu'à la stupeur, on ne retrouve plus le système ; le calme se fait, le délire reparaît, pour disparaître bientôt avec la guérison de l'accès (Dubourdieu). Notre observation IV est très démonstrative à cet égard.

X. — Cette conception de l'évolution d'une psychose périodique sur un fond paranoiaque, plus précise que la notion de dégénérescence, nous permet de comprendre la nature, le mécanisme et l'évolution de ces délires de persécution curables et récidivants. D'autre part elle permet un diagnostic et un pronostic.

XI. — Un diagnostic ? Nous ne nous dissimulons pas qu'il peut être extrêmement difficile si l'on n'observe qu'un accès, si l'on ignore les étapes antérieures de la maladie. Une des erreurs les plus communes consiste à considérer ces malades comme atteints de délire d'interprétation à évolution progressive. Un des meilleurs signes différentiels est la brusquerie du début. Le système délirant sort pour ainsi dire armé de pied en cap du cerveau du périodique et ceci est bien différent du début plus lent du délire d'interprétation avec sa « phase méditative » (Sérieux et Capgras). De plus, l'analyse psychologique permettra de déceler ainsi que nous l'avons dit des symptômes maniaques ou mélancoliques, effacés parfois par le relief que prennent les idées délirantes. On pourrait nous objecter que

rien ne prouve qu'il ne s'agit pas d'interprétateurs traversant une période d'agitation ou de dépression, mais nous croyons avec Esposito qu'on ne trouve pas chez le paranoiaque, en dehors d'une « association morbide », d'états d'excitation ou de dépression, autochtones, et qu'il ne s'agit que d'une apparence maniaque ou mélancolique, ne résistant pas à un examen soigneux.

Le diagnostic de ces états avec la démence précoce, hébéphrénique ou paranoïde au début est extrêmement délicat. L'analyse psychologique est encore ici indispensable pour dépister les symptômes d'affaiblissement intellectuel ou si l'on préfère les signes de dissociation mentale (Pujol, Anglade) ou de schizophrénie (Bleuler).

XII. — Quoi qu'il en soit une fois le diagnostic établi, le pronostic s'ensuit. C'est celui de la psychose périodique : « Les accès passent mais la maladie reste » (Kraepelin) et la récidive n'est que trop certaine.

Par la suite il arrive que les accès se répètent, se prolongent, les intervalles lucides se réduisent, la maladie, d'intermittente qu'elle était, devient rémittente. Les malades n'ont plus le temps de rectifier leurs idées délirantes. Le système se cristallise et prend une apparence chronique (Jastrowitz-Mönkemmoller). Dubourdieu, qui ne voit dans les états qui nous occupent qu'une manifestation de la psychose périodique, est un peu gêné pour accepter cette transformation d'une folie intermittente en délire de persécution chronique. Mais si on accepte la conception de l'évolution d'une psychose périodique sur un terrain paranoiaque, ces faits paraissent tout naturels et l'on n'a pas de peine à concevoir que, les accès se répétant, se prolongeant

et la sénilité aidant, les tendances paranoiaques qui ne s'exagéraient au début qu'a l'occasion des accès, persistent définitivement dans leur forme la plus accusée : le délire d'interprétation.

L'affaiblissement intellectuel quand il survient est une conséquence de la sénilité et est conditionné par des lésions cérébrales (athéromasie, etc.). Le malade de l'observation IV est particulièrement typique à ce sujet.

Vu : *Le Président de Thèse,*
GILBERT-BALLET.

Vu : *Le Doyen de la Faculté,*
LANDOUZY.

Vu et Permis d'inprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Adam (George). — *Zum periodischen Irrensein.* J. D. Rostock, 1903.

Anglade. — Délires systématisés secondaires. *Congrès de Marseille*, 1899.

— Asile d'aliénées de Bordeaux. *Rapport médical pour l'année* 1911. Bordeaux, Imprimerie Moderne, 1912.

Antheaume. — Les psychoses périodiques. *Congrès de Genève*, 1907.

Antheaume et Trepsat. — Délire d'imagination et psychose périodique. *Encéphale*, septembre 1912.

Arnaud. — Psychoses constitutionnelles. In *Traité de Pathol. ment.* Gilbert-Ballet.

Baillarger. — Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression, l'autre d'excitation. *Acad. de Méd.* (séance du 31 janvier 1854). In *Bulletin* T. XIX, p. 340. (Réédité in *An. med. psych.*, 1854, p. 369.

Ballet. (G.) — Schématisation et nomenclature des formes mixtes de la psychose périodique. *Congrès de Nantes*, 1909.

— Les psychoses, in *Traité de Méd.* de Charcot, Bouchard et Brissaud.

Bechterew. — Ueber periodische acute Paranoia simplex als besondere Form periodischer Psychosen. *Monats. f. Psych. und. Neurol.* ; Bd. 5, 1899.

— Sur la folie maniaque mélancolique. Sur la question des rapports entre les états maniaques et mélancoliques. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.* T. XXVIII, 1910, p. 192. *R. N.*, 1912, III, I.

Benon. — Psychose périodique circulaire et délire. *Journal de Psychologie*, septembre-octobre 1911. *R. N.*, 1912.

Bevan-Lewis. — *A text book of mental diseases.*

Bleuler. — Ueber periodischen Wahnsinn. *Psych. Neurol. Wochens.* 4 Bd., 1902-1903.

Blin. — De l'idée de persécution dans la mélancolie et dans le délire de persécution. *Thèse Paris*, 1893.

Boege. — Die periodische Paranoia. *Arch. für Psychiatrie*. 2-4-3, 1908, p. 299-343.

Bumke. — Ueber die Umgrenzung des Manisch-Depressiven Irreseins. *Zentralblatt f. Nervenh. u. Psych.*, juin 1909.

Charpentier. — Des idées morbides de persécution. *Comm. de la Société Medico-Psych.*, 31 octobre 1887.

Chaslin (Ph.). — *La confusion mentale primitive.*

Dagonet (H.). — Etude clinique sur le délire de persécution. *Ann. Med. psychol.*, 1890, p. 190.

— *Traité élémentaire et pratique des Maladies mentales*, Paris, 1862 et nouvelle édition 1894.

Deecke (Théodore). — Verrücktheit primitive et initiale (aperçu historique avec remarques critiques). *American Journal of Insanity*, avril 1885.

Deny et Camus. — *Les folies intermittentes. La psychose maniaque dépressive*, Paris, 1907.

Deny et Roy. — *La démence précoce*, Paris, 1903.

Doutrebente. — Note sur la folie à double forme. *Annales médico-psych.*, 1882, p. 193.

Dromard. — Le délire d'interprétation. *Journ. de psychol.*, juillet-octobre 1911.

Dubourdieu. — Des délires de persécution symptomatiques de psychose périodique. *Thèse de Bordeaux*, juillet 1909.

Ducosté. — Deux malades atteints de psychose maniaque dépressive. *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, juillet 1909.

Dumas. — *Les états intellectuels dans la mélancolie*, Paris, Alcan, 1895.

Dupré et Kahn. — Manie intermittente et paranoia quérulante. *Société de Psychiatrie*, séance du 17 mars 1910.

Ennen. — Paranoia ou folie maniaque dépressive. *Zentralblatt für Nervenheilk. und Psychiat.*, juin 1909, p. 434.

Esposito. — Sulle natura et sull'unita delle cosidette psicosi affective *Il Manicomio*, 1907, nº 2.

— Paranoia et psychose maniaque dépressive. *Rivista italiana di neuropatologia, psichiatria ed elettroterapia*. Vol. IV, f. 9, pp. 400-415, septembre 1911.

Esquirol. — *Des Maladies mentales*, Paris, 1838.

Falret (J.) — Des aliénés persécutés raisonnants et persécuteurs. *Ann. méd. psych.*, 1878, T. XIX.

Farnarier. — La psychose hallucinatoire aiguë. *Thèse de Paris*, 1899-1900.

Foville. — La folie avec prédominance du délire des grandeurs. *Mémoires de l'Académie de Médec.*, T. XXIX.

Friedman. — Zur Kenntniss und zum Verständniss milder und kurtz verlaufner Wahnformen. *Neurol. Centralblatt*. Jg. 14, 1895.

Fritsch. — *Jahrbücher für Psychiatrie*. II Bd, 1880, p. 27.

Garnier (Paul). — Des idées de grandeur dans le délire de persécution. *Thèse de Paris*, 1877.

Gianelli. — Sulla cosi della paranoia acuta periodica. *Rivista sperimentale di frenatria*. B., 24, 1898.
Gierlich. — Uber periodische Paranoia. *Arch. f. Psychiatrie*. Bd. 40, 1905.
Greidenberger. — Zur Lehre über die acuten Formen der Verrücktheit. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, B. 53, 1897.
Griesinger. — *Die Pathologie und Therapie des psychischen Krankeiten*, 1845.
Halberstadt. — L'opinion actuelle de Kraepelin sur la classification des états délirants. Le groupe des paraphrénies. *Revue de Psychiatrie*, octobre 1912.
Hamel et Couchoud. — Dégénérescence mentale ou folie maniaque dépressive. *Bullet. Société Clin. de Médec. mentale*, 1910, p. 363.
Hamilton. — Les psychoses en rapport avec les maladies des glandes à sécrétion interne. — *Medical Record*, 1899.
Julio de Mattos. — A Paranoia. Lisbonne, 1898.
Kausch. — Ein Beitrag zur Kenntniss der periodischen Paranoia. *Arch. fur Psychiatrie*. B. 24, 1892.
Kéraval. — Les délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de Paranoïa. *Archives de Neurol.*, décembre 1894.
Köppen. — Sur la Paranoia périodique. *Neurol. Centr. Bl.*, 1899, p. 434.
Kraepelin. — *Lehrbuch fur Psychiatrie*. 7e éd., Iéna, 1904.
— *Introduction à la Psychiatrie clinique*. Trad. Al. Devaux et P. Merklen. Paris, 1907.
— In Jahresversamm. d. Vereins Bayer. Psych. in Erlangen, 10 juin 1908. *Zentralblatt f. Nervenh. u. Psych.*, 1910.
Krafft-Ebing. — *Traité clinique de Psychiatrie*, tr. Em. Laurent. Paris, 1897, p. 502.
— *Lehrbuch der Psychiatrie*. 3e éd., 1888, p. 339.
Kreichganer (Rosa). — Zur Frage der Vererbung von Geisteskrankheiten. *Zentralblatt für Nervenh. u. Psych.*, 1909.
Lalanne. — Les persécutés mélancoliques. *Thèse de Bordeaux*, 1896-97.
Lasègue. — Du délire des persécutions. *Arch. générales de Médecine*, février 1852.
— De l'alcoolisme subaigu. *Ibid.*, 1869.
Legrain. — Du délire chez les dégénérés. *Thèse de Paris*, 1886.
Löwy. — Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahn. *Zentralblat f. Nervenh. u. Psych.*, 1910.
Magnan. — Des délires systématisés dans les diverses psychoses. *Arch. de Neurologie*, décembre 1894.
Magnan et Legrain. — *Les Dégénérés*. Biblio. Charcot-Debove, 1895.
Magnan et Sérieux. — Le délire chronique à évolution systématique. *Encyc. Léauté*, 1893.
Marchand. — *Manuel de Méd. ment.*, Paris, 1908.
Masselon (René). — Les psychoses associées. Psychose maniaque

dépressive et délire d'interprétation. *Annales médico-psychol.*, juin 1912, p. 641.

Mayser. — Zum sogen. hallucinator. Wahnsin. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1885. V. 42, p. 1.

Mendel (E.). — Ein Beitrag zur Lehre von den periodischen Psychosen. *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*. Bd. 44, 1888. S. 660.

Mercklin. — *Studien über die primäre Verrückteit.* J. D., Dorpat, 1879.

Meschede. — De la paranoia périodique. *XIII^e Congrès international de Médecine.* Paris, 1900. Section de psychiatrie, p. 140.

Meynert. — Die acuten (hallucinatorischen) Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. *Jahrbücher für Psychiatrie*, 1881, p. 181.

Mönkemmoller. — Zur Lehre von der periodischen Paranoia. *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, B. 62, 1905.

Morel. — *Traité des Maladies mentales.* Paris, 1860.

H. Nouet et L. Trepsat. — Etats mixtes de la psychose maniaque dépressive. *Journal de Neurologie*, 1910.

Peixoto et Vianna. — Le diagnostic de la folie maniaque dépressive. *Annales médico-psychologiques.* Juillet-août 1910, pp. 23-24.

Petro. — Sur un cas intéressant de paranoia à forme périodique. *Journ. de Psychiat. clinique et de Technique manicomiale*, 1912. — *Encéphale*, oct. 1912, p. 323.

Pick. — Sur les variations des folies circulaires. *Berliner klin. Woch.*, 1899.

Pilcz. — Etiologie et anatomie pathologique des folies périodiques. *Monatsch. f. Psych. und Neur.*, 1900.

— *Die periodischen Geistesstörungen. Jéna*, 1901.

— Psychose maniaque dépressive (paranoia periodica). — *Arch. de Neurol.*, juillet 1910, p. 449. (N° 7).

Pujol. — Sur la dissociation mentale. Essai de pronostic précoce des états mentaux polymorphes. *Thèse de Bordeaux*, 1911-1912.

Régis. — *Précis de Psychiatrie*, 3e éd., Paris, 1907.

Rémond. — *Précis des Maladies mentales*, Paris, 1904.

Rodiet et Masselon. — Quelques considérations sur l'étiologie de la mélancolie et sur la place de cette affection dans le cadre nosographique. *Encéphale*, décembre 1911.

Rogues de Fursac. — *Manuel de Psychiatrie.* Paris, 1904.

Rosenbach. — Contribution à l'étude de quelques formes aiguës d'aliénation mentale et de leurs rapports avec la paranoia. *Ann. Med. Psych.*, 1891, p. 11 et 193. Sept. série., I-XIII.

Rosenfeld. — Uber Beziehungswahn. *Centr. f. Nerv. u. Psychiatr.*, 15 février 1907.

Schule. — *Traité des Maladies mentales.* Trad. française. Paris, 1888.

Séglas. — *Leçons cliniques*, Paris, 1895.

— La paranoia. *Archiv. de Neurol.*, 1887, T. XIII, p. 62.

Seiffer. — Acute récidivirende hallucinatorische Paranoia. *Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, B. 62, 1905.

Sérieux et Capgras. — *Les Folies raisonnantes. Le Délire d'interprétation.* Paris, Alcan, 1909.

Simon. — La démence précoce. *La Clinique*, 28 décembre 1906.
Skierlo. — Uber periodische Paranoia. *Inaug. Dissert.*, Königsberg, 1901.
Snell. — *Allg. Zeitsch. fur Psychiatrie.* V. 22, p. 368, 1865.
Soum. — Sur une association de la folie intermittente et de la paranoia. *Thèse de Bordeaux*, 1912.
Specht. — Manie chronique et paranoia. *Centalblatt fur Nervenheilkunde u. Psych.*, XXVIII. T. XVI. Nouv. série., p. 591.
— Ueber die klinische Kardinalfrage der Paranoia. *Zentralblatt f. Nervenh. u. Psychiatrie*, 1908.
Taguet. — Du délire intermittent. *Ann. méd. psych.*, 1882, p. 209.
Taty et Toy. — Des variétés cliniques du délire de persécution. *Annales médico-psychologiques*, 1897, I, p. 21, etc.
Tigges. — *Allg. Zeitsch. fur Psychiatrie*, vol. XXXIV, 1877, p. 731 et suivantes.
Vallon. — La pathologie mentale au point de vue judiciaire, ou médecine légale des aliénés. *In Traité de Pathologie mentale* de Gilbert-Ballet.
Vallon et Marie. — Le délire mélancolique. *Congrès de Toulouse*, 1897.
Voisin. — *L'Epilepsie*, Paris, 1897.
Westhal. — *Allg. Zeitsch. fur Psychiatrie*, vol. 34, 1876, p, 252.
Weygandt. — Traduit par Roubinowitch. *Atlas-Manuel de Psychiatrie*, Paris, 1904.
Wille. — Die Lehre von der Verwirrtheit. *Arch. f. Psych.*, 1888.
Wilmans. — Zur klinischen Stellung der Paranoia. *Zentralblatt f. Nervenh. u. psych.*, 1910.
Ziehen. — *Psychiatrie*, 2 Auf. 1902.
— Eine neue Form der periodischen Psychosen. *Monat. für Psych. und Neurol.*, Bd. 3, p. 30.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 7

CHAPITRE PREMIER. — Historique 13

CHAPITRE II. — Observations 45

CHAPITRE III. — Essai nosographique 99

CHAPITRE IV. — Médecine légale. Traitement 137

CONCLUSIONS 153

BIBLIOGRAPHIE 159

Orléans, Imp. H. TESSIER